

TERVEYSHYÖTYMALLI KEUHKOAHTAUMATAUTIPOTILAAN HOIDOSSA

Kati Matilainen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, Ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) MATILAINEN, Kati	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 11.03.2013
	Sivumäärä 83	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi TERVEYSHYÖTYMALLI KEUHKOAHTAUMATAUTIPOTILAAN HOIDOSSA		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) HOPIA, Hanna HEIKKILÄ, Johanna		
Toimeksiantaja(t) FILHA ry		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Keuhkohtaumataudin hoito vaatii vuosittain paljon terveydenhuollon resursseja. Suuri osa kustannuksista keskittyy erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan vaikean tautimuodon pahenemisvaiheen hoitoon. Terveystyömallin avulla olisi mahdollista kohdistaa resursseja potilasohjaukseen, omahoidon tukemiseen ja pahenemisvaiheiden ennaltaehkäisyyn näin lisäten hoidon suunnitelmallisuutta ja vaikuttavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteutumisesta keuhkohoitajan näkökulmasta ja selvittää keuhkohoitajien näkemyksiä siitä miten terveyshyötymallin eri osa-alueet toteutuvat keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa heidän työyksiköissään.</p> <p>Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena. Kysely lähetettiin 415 keuhkohoitajalle. Vastausprosentiksi muodostui 26.5 %.</p> <p>Tulosten mukaan ohjauksessa parhaiten arvioitiin toteutuvan lääkehoidon ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvä ohjaus, vähiten ohjattiin liikuntaan ja potilasjärjestöjen toimintaan liittyen. Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden kanssa oli vähäistä. Johdon sitoutuminen toiminnan kehittämiseen ja resursointi koettiin riittämättömäksi. Alueelliset toimintatavat eivät ole yhtenäiset tai ne eivät ole vastaajien tiedossa. Sähköisten tietojärjestelmien ja toimintaprosessien yhdenaikainen kehittäminen mahdollistaisi resurssien tehokkaamman käytön.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään ammatillista perusosaamista vahvistavan, keuhkohtaumatautiin liittyvän koulutuskokonaisuuden, sekä alueellisten koulutusten sisällön suunnittelussa. Huomio tulee kiinnittää erityisesti sähköisten tietojärjestelmien tehokkaaseen hyötykäyttöön, yhteneväisiin alueellisiin toimintamalleihin ja yhteistyöhön kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) keuhkohtaumatauti, terveyshyötymalli, omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmät, hoidon organisaatio		
Muut tiedot		



Author(s) MATILAINEN, Kati	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 11032013
	Pages 83	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title CHRONIC CARE MODEL IN THE CARE OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) HOPIA, Hanna HEIKKILÄ, Johanna		
Assigned by FILHA ry		
<p>Abstract</p> <p>The treatment of the chronic obstructive pulmonary disease (COPD) requires a great deal of health care resources each year. A major part of the expenses concentrates on the exacerbation phase of the severe disease in special health care units. The Chronic Care Model makes it possible to target resources to patient education, self-management support and prevention of the exacerbation phase thus adding planning and effectiveness to the treatment.</p> <p>The aim was to collect information about the implementation of the treatment of COPD- patients and examine nurses' opinions of how parts of the Chronic Care Model are realized in their work units. The study was conducted as an electronic survey. The survey was sent to 415 respiratory nurses. The response rate was 26.5%.</p> <p>The results showed that the best implementation results were deemed to be related to medication and smoking cessation counseling, whereas the least attention seemed to be paid to exercise and patient organizations. The respondents also thought that co-operation with the third sector was low. Moreover, the management's commitment to the development of operations and resources was considered to be inadequate. The respondents also stated that regional policies were either incongruent or that they were not known to them. Finally, they thought that a coordinated development of electronic information systems and the operational processes would allow more efficient resource use.</p> <p>The study results will be used in the planning of a training course designed to strengthen the professional skills of COPD- nurses as well as in the planning of related regional training events. Attention should be paid especially to the efficient utilization of electronic information systems, consistent regional operation patterns and co-operation with the third sector.</p>		
Keywords Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chronic Care Model		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	TERVEYSHYÖTYMALLI	6
2.1	Omahoidon tuki	8
2.2	Palveluvalikoima	9
2.3	Päätöksenteon tuki	10
2.4	Tietojärjestelmät	12
2.5	Organisaatio ja muut yhteisöt	13
3	TERVEYSHYÖTYMALLI KEUHKOAHTAUMATAUTIPOTILAAN HOIDOSSA	14
3.1	Omahoidon tuki keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa	14
3.2	Palveluvalikoima keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa	15
3.3	Päätöksenteon tuki ja tietojärjestelmät keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa	16
3.4	Kolmas sektori keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa	17
4	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	18
5	Tutkimusmenetelmä ja -prosessi	19
5.1	Kyselylomakkeen laatiminen	19
5.2	Aineiston keruu	21
5.3	Aineiston analyysi	21
6	Tutkimustulokset	22
6.1	Vastaajien taustatiedot	22
6.2	Omahoidon tukeminen	25
6.3	Palveluvalikoima	28
6.4	Päätöksenteon tuki	30
6.5	Organisatoriset tekijät	32
6.6	Yhteistyö	34
7	Pohdinta	35
7.1	Luotettavuus	35
7.2	Tulosten pohdinta	37
7.3	Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset	39
	Lähteet	41
	Liitteet	
	Liite 1 Kyselylomake	46
	Liite 2 Saatekirjeet	56
	Liite 3 Omahoidon tukemiseen liittyvät osa-alueet keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa	58
	Liite 4 Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon onnistumiseen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä	61
	Liite 5 Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon ohjauksen osa-alueet	63
	Liite 6 Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämiseen vaikuttavia tekijöitä työyksikössä	66
	Liite 7 Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestäminen alueellisesti	70

Liite 8 Työssä hyödynnettävät tiedonlähteet	73
Liite 9 Oman työyksikön työn organisoinnin arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen	77
Liite 10 Oman työyksikön toiminnan arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen	80
Liite 11 Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa	82

KUVIOT

KUVIO 1. Terveystyömalli Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen kuviosta mukailtuna	7
KUVIO 2. Omahoidon tukemiseen liittyvät osa-alueet keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa	25
KUVIO 3. Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon onnistumiseen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä	26
KUVIO 4. Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon ohjauksen osa-alueet	27
KUVIO 5. Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämiseen vaikuttavia tekijöitä työyhteisössä	28
KUVIO 6. Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestäminen alueellisesti	29
KUVIO 7. Työssä hyödynnettävät tiedonlähteet	30
KUVIO 8. Sähköisten tietojärjestelmien mukanaan tuomia toimintoja keuhkohtaumatautipotilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen	31
KUVIO 9. Oman työyksikön työn organisoinnin arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen	32
KUVIO 10. Oman työyksikön toiminnan arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen	33
KUVIO 10. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa	34

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Terveystyömalli keuhkoastmatautipotilaan hoidossa – kyselylomakkeen rakenne ja yhteys tutkimuskysymyksiin	20
TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot	23
TAULUKKO 3. Vastaajien koulutus ja työpaikat	24
TAULUKKO 4. Cronbachin alfa kertoimet terveystyömalli keuhkoastmatautipotilaan hoidossa – kyselylomakkeen eri osioissa	36

1 JOHDANTO

Keuhkohtaumatauti on tällä hetkellä neljänneksi yleisin kuolinsyy niin Euroopassa kuin Yhdysvalloissakin ja ennusteen mukaan siitä tulee kolmanneksi yleisin kuolinsyy maailmanlaajuisesti vuoteen 2030 mennessä (Standard for the diagnosis and management of patients with Copd 2004). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan suomessa tautia sairastaa noin 200 000 potilasta ja siihen kuolee noin 1000 ihmistä vuosittain (Musakka 2008).

Yhdysvaltojen kansallinen instituutti (US National Heart, Lung and Blood Institute) on yhdessä WHO:n kanssa julkaissut kansainvälisen GOLD suosituksen (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2010) keuhkohtaumataudin diagnosoinnista, hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Keuhkohtaumataudin hoito vaihtelee suuresti eri maiden ja maansisäisesti jopa eri sairaaloiden välillä. Suomessa Käypähoito- suositus keuhkohtaumataudista on vuodelta 2009 (Käypähoito-suositus 2009). Kansalliset ja kansainväliset hoitosuositukset määrittävät keuhkohtaumataudin hoidon näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen, mutta hoidon toteutuksessa esiintyy tästä huolimatta alueellisia eroja.

Keuhkohtaumataudin hoito vaatii vuosittain paljon terveydenhuollon resursseja. Suuri osa kustannuksista keskittyy erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan vaikean tautimuodon pahenemisvaiheiden hoitoon. Terveysyhtymämallin (Chronic care model) avulla olisi mahdollista kohdistaa resursseja potilasohjaukseen, omahoidon tukemiseen, pahenemisvaiheiden ennaltaehkäisyyn ja näin lisätä hoidon ennaltaehkäisevää luonnetta ja vaikuttavuutta (Adams, Smith, Allan, Anzueto, Pugh & Cornell 2007, 551-560.)

Terveyspalveluiden uudistuksen painopiste alueita ovat asiakaskeskeisyys, laatu ja potilasturvallisuus, perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden välinen yhteistyö, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen (Sillanauke 2010). Tämä sopii hyvin yhteen Terveysyhtymämallin konseptin kanssa.

Tutkimukset ovat osoittaneet Terveystyömallin edut monien kroonisten sairauksien (diabetes, sydämen vajaatoiminta, astma) hoidossa, mutta keuhkohtaumataudin suhteen tästä on vain vähän tutkittua tietoa. Adams työryhmineen on tehnyt systemaattisen kirjallisuuskatsauksen terveystyömallin käytöstä keuhkohtaumataudin ehkäisyssä ja hoidossa. Tulokset osoittavat että ensiapukäyntien ja sairaalassaolopäivien määrä väheni kun potilaalla oli selkeä ja yksilöllinen omahoitosuunnitelma, ohjeistuksen mukainen hoito ja toimiva yhteys asiantuntevaan terveydenhuollon ammattilaiseen, jolla on käytössä ajan tasalla oleva potilastietojärjestelmä (Adams ym 2007, 551- 560.)

Filha ry on yleishyödyllinen sitoutumaton asiantuntijajärjestö, jonka tehtävänä on edistää kansanterveyttä kehittämällä ja toteuttamalla luovaa yhteistoimintaa terveydenhuollon viranomaisten ja ammattilaisten kanssa keuhkosairauksien ja tuberkuloosin ehkäisyn ja hoidon tehostamiseksi. Tämä opinnäytetyö liittyy osana Filha ry:n hallinnoimaan Hengitys ja terveys hankkeeseen, jolla pyritään asiakaslähtöisesti vaikuttamaan hengityssairauksien ennaltaehkäisyyn, hoidon järjestämiseen ja kuntoutukseen suomalaisessa terveydenhuollossa keskittyen jo sairastuneen tai riskissä olevan henkilön tilanteen parantamiseen.

Filha ry:llä on tarkoitus lähteä jatkossa luomaan ammatillista perusosaamista vahvistava koulutuskokonaisuus keuhkohtaumataudista yhdessä syksyllä 2010 perustetun keuhkohoitajaverkoston kanssa. Koulutuskokonaisuuden kohderyhmänä ovat hoitotyön opiskelijat ja hoitajat perus- ja erikoissairaanhoidossa. Sisältö toimii hoitotyön opetuksen työvälineenä, hoitajien perehdytyksessä ja työkaluna hoitajien oman osaamisen arvioinnissa ja vahvistamisessa.

Keuhkohoitajaverkostoon kuuluvien hoitajien mukaan saaminen koulutuspaketin laatimiseen on tärkeää asiantuntijuuden ja osaamisen jakamiseksi sekä yhteistyön ja yhteisten toimintatapojen kehittämiseksi myös sairaalan ulkopuolelle. Tämän työn tarkoituksena on kerätä tietoa keuhkohoitajilta keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen. Saatuja tuloksia hyödynnetään jatkossa koulutuskokonaisuuden laatimisessa.

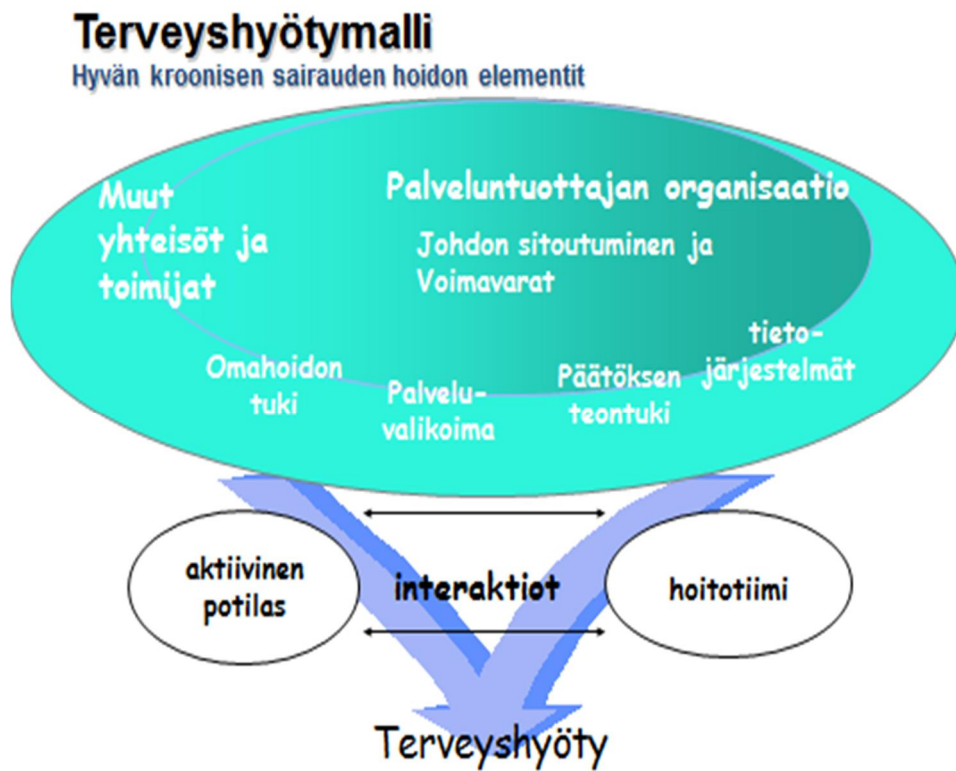
2 TERVEYSHYÖTYMALLI

Perusterveydenhuollon kehittämisen tavoitteena on ottaa käyttöön terveyshyötymalli (Chronic Care Model), jossa terveydenhuollon ammattilaiset aktiivisesti etsivät, ohjaavat ja vahvistavat eniten hoidon tarpeessa olevia ihmisiä (Risikko 2010). Kuvio yksi esittelee mallin keskeiset neljä osa-aluetta: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät. Lisäksi huomioitavia ovat palveluntuottajan organisaatio ja sen johdon sitoutuminen sekä muiden yhteisöjen linjaukset ja voimavarat (Adams ym 2007, 551- 560; Baumann & Dang 2012, 33- 38; Dancer & Courtney 2010, 580- 585; Koikkalainen, Ahonen, Ruoranen, Hänninen, Kuusinen, Tiikkainen, Kettunen, Honkanen & Kumpusalo 2011, 4; McEvoy & Barnes 2007, 223- 238; Muurinen & Mäntyranta 1- 24; Oksman & Sisso 2012.)

Terveyshyötymalli on viitekehys ja kehittämisen ajattelumalli, joka tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantumiselle. Sen tarkoituksena on tuoda laajempi ja näyttöön perustuva näkökulma terveydenhuollon kehittämiseen (Oksman & Sisso 2012). Jotta pitkäaikaissairauksien hoito olisi tehokasta, tarvitaan uutta ajattelua ja muutoksia palvelujen tuottamiseen ja organisointiin. Suunnittelun keskiössä on potilas, jolla on selkeä hoitosuunnitelma ja jolla on mahdollisuus yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa valita olemassa olevasta palveluvalikoimasta ne elementit, jotka tukevat ja edesauttavat hänen hoitoaan. Toiminta on yksilöllisesti suunniteltua ja tuen tarve vaihtelee sairauden ja muun elämäntilanteen mukaan. (Koikkalainen ym 2011, 18.)

Henkilökunnan asiantuntemuksen ja taitojen lisääminen, yksilölliseen potilasohjaukseen ja omahoidontukeen panostaminen, suunnitelmallisuus ja moniammatillinen tiimityö sekä tietojärjestelmien ja näyttöön perustuvan tiedon tehokas hyödyntäminen ovat tutkimusten mukaan tehokkaita menetelmiä hoidon tuloksellisuuden parantamisessa (Adams ym 2007, 551- 560; Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 75- 85). Kun on seurattu keuhkoahtaumatauti potilaiden pahenemisvaiheiden määrää, lääkärissä käyntejä, keuhkofunktioiden muutosta ja keuhko- oireiden esiintyvyyttä sekä potilaan kokemaan elämänlaatua, on huomattu, ettei pelkkä omahoidon tuki

riitä, vaan tehokkainta on implementoida käyttöön kaksi tai useampi terveyshyöty-mallin osa-alue (Adams ym 2007, 551- 560).



KUVIO 1. Terveyshyötymalli. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen mallista mukailtuna. (THL 2012)

2.1 Omahoidon tuki

Omahoido on potilaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa ja senhetkiseen tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Terveysthuollon ammattilainen on tällöin potilaan yhteistyökumppani, jonka tehtävänä on vahvistaa potilaan omahoidoa tukemalla voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä, 2009, 2351- 2359.)

Omahoido on yksilön kykyä hallita kroonisesta sairaudesta aiheutuvia rajoitteita jokapäiväisessä elämässään. Se vaatii potilaalta ongelmanratkaisukykyä, tavoitteiden asettamista ja luottamusta omiin voimavaroihin ja taitoihin. Esteinä omahoidon onnistumiselle voivat olla fyysiset, psykososiaaliset, kognitiiviset, taloudelliset tai kulttuuriset tekijät. Nämä tekijät tulee huomioida yksilöllistä tukea ja ohjausta suunniteltaessa (Baumann & Dang 2012, 32- 38.)

Omanhoidon tukemisella on mahdollista edistää ihmisen vastuunottoa omasta terveydestään ja parantaa sitoutumista näyttöön perustuviin hoitoihin. Hoitaja antaa potilaan tarvitsemaa tietoa sairaudesta, hoidosta ja hoidon tavoitteista ja ohjaa potilasta luotettavan tiedon lähteille. Hoitajan rooli on enemmän valmentaja kuin asiantuntija. Olennaista on myös näkökulman muuttuminen hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen ja siitä sopimiseen (Baumann & Dang 2012, 32- 38; Effing, Monnickhof, van der Valk, Zielhuis, Walters, van der Palen, Zwerink 2009; Koikkalainen ym 2011, 19; Routasalo ym 2009, 2351- 2359.)

Omahoidon tukemisessa pyritään auttamaan potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta omia voimavaroja tukien ja valmentamalla potilasta omaan terveyteensä liittyvien ongelmien ratkaisuun ja päätöksentekoon potilaan autonomiaa kunnioittaen (Koikkalainen ym 2011, 19; Routasalo ym 2009, 2351- 2359; Säynäjäkangas, Andersen, Lampela & Keistinen 2011, 664- 665).

Potilaan oikeus tehdä päätökset omaa hoitoaan ja elämäntapojaan koskien on olennainen asia. Kroonisen sairauden kanssa elävää potilasta tuetaan löytämään tasapaino sairauden asettamien rajoitusten ja vaatimusten, hoitojen ja elämäntapojensa

välillä. (Routasalo ym 2009, 2351- 2359.) Ammattihenkilö huomioi potilaan toiveet ja tarpeet, mutta huolehtii samalla näyttöön perustuvan tiedon välittämisestä turvaten potilaan oikeuden parhaaseen mahdolliseen hoitoon (Koikkalainen ym 2011, 19).

2.2 Palveluvalikoima

Asiakkaiden valinnanvapauden ja liikkuvuuden, sekä muuttuvien terveydenhuollon menetelmien myötä palvelujärjestelmiltä edellytetään yhä parempaa toimivuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste ohjelma linjaa pitkän aikavälin toimintasuunnitelmaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja kehittämistoiminnan organisoinnista (Kaste 2012.)

Terveyshyötymallin mukaisesti järjestetyssä organisaatiossa toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä. Potilaalle on tarjolla seurantakäyntien lisäksi erilaisia omahoidon tukikeinoja ja monipuolisia menetelmiä. Hoitotiimillä on käytössä ajantasaiset tiedot potilaasta, tuki päätöksenteolle ja voimavarat korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. (Koikkalainen ym 2011, 19; Oksman & Sisso 2012.)

Myös Kaste ohjelma linjaa asiakaslähtöisyyden sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestämisen lähtökohdaksi. Tavoitteena on edistää omahoitoa tukevia menetelmiä ja toimintamalleja ja samalla rakentaa kuntien ja järjestöjen välistä yhteistyötä pitkäaikaissairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä (Kaste 2012.)

Huolellisesti mietitty työnjako ja asiakaslähtöinen työn suunnittelu karsivat toimintojen päällekkäisyyksiä ja resursseja on mahdollista kohdentaa tehokkaammin. Tavoitteena on eheä kokonaisuus, jossa potilas tietää mistä saa tarvitsemansa avun ja tuen. Muutos edellyttää johdon vahvaa sitoutumista. (Koikkalainen ym 2011, 19 - 20.)

Monien kroonisten sairauksien hoidon järjestäminen on siirretty perusterveydenhuoltoon ja on siten pyritty hallitsemaan kustannuksia. Vastuun ja tehtävien siirtyessä lisäresursseja ei kuitenkaan ole järjestetty, mikä on lisännyt henkilöstön kuormitusta ja heikentänyt työn hallintaa. Vaatimus laaja-alaisesta tehtävien hallinnasta voi johtaa myös siihen, ettei potilasryhmäkohtainen sairauden ja hoidon hallinta ole syvällisellä tasolla. (Lampela 2009, 85- 93.)

Terveysyhötymalli kohdistuu ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon, mutta se ei pois-
sulje sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon eikä muidenkaan toimialojen yhteyttä.
Asiakasvastaava toiminta (Case Manager) on yksi mahdollisuus täydentää palveluva-
likoimaa asiakaskeskeisyyden, hoidon jatkuvuuden ja laadun sekä toiminnan vaikut-
tavuuden vahvistamiseksi (Muurinen & Mäntyranta 1- 24.) Asiakasvastaava- toiminta
on nimetty viimevuosina ratkaisuksi moniongelmaisten potilaiden hoidon parantami-
sessa ja tehostamisessa. Sairauskeskeisen ajattelu- ja toimintamallin sijaan siinä pää-
paino on potilaan yksilöllisessä ja kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa.(Corine, Latour,
Van der Windt, de Jonge, Riphagen, de Vos, Huyse, Saltman 2007, 385- 395.)

2.3 Päätöksenteon tuki

“Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaava tietoperusta koostuu tutkimustie-
dosta, väestöä, asiakkaita, henkilöstöä ja toimintaa koskevasta tiedosta
(potilas- ja asiakastietojärjestelmät, rekisterit ja tilastot) ja kokemuksellisesta
tiedosta (asiakaspalautejärjestelmät ja ammattilaisten hiljainen tieto)” Kaste 2012.

Valtakunnallisten hoitosuosittelujen ja alueellisten hoitoketjujen laatimisessa kannus-
timena on ollut lisääntyvä tietoisuus hoitokäytäntöjen alueellisista vaihteluista, ter-
veydenhuollon kustannusten kasvu ja tarve ohjata terveydenhuollon ammattilaisten
päättöksentekoa. Tiedon nopea lisääntyminen ja terveydenhuollon ammattilaisten
haaste pysytellä ajan tasalla ovat ohjanneet kehitystä samaan suuntaan (Miettinen &
Korhonen 2005, 72- 75; Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine, Lappalainen
2003, 5- 22.)

Vastaavaa työtä on tehty myös monissa muissa maissa, tarkoituksena koota ajankoh-
tainen tieto tärkeimmistä sairauksista yhteen hoitosuosituksiksi. Appraisal of Guide-
lines Research and Evaluation (AGREE) hankkeessa tavoitteena oli kuvata systemaati-
sesti hoitosuositukseseen liittyvän työn rakenteet ja menetelmät, sekä muodostaa
yhtenäinen, validi ja läpinäkyvä toimintatapa hoitosuosittelujen laatimiseen (AGREE
Collaboration 2009). Hoitosuosittelut eivät ole normeja tai lakeja, vaan nimenomaan
suosituksia käytännön toiminnan tueksi ja niiden käyttö on jokaisen terveydenhuol-
lon henkilön itsensä päätettävissä. Ne toimivat yhtenä työkaluna potilaan hoidossa.

Hoitosuosituksia ei ole tarkoitus noudattaa kaavamaisesti vaan soveltaa potilaskoh-
taisesti. Hoitosuositus ohjaa lääkärin tai hoitajan päätöksen tekoa vankalla tieteelli-
sellä näytöllä. (Käypähoito käsikirja 2004, 8-9; Miettinen & Korhonen 2005, 72- 75).

Tiedonhallinta ja – käsittelytaidot ovat keskeisessä asemassa nykypäivän työelämäs-
sä. Päätöksentekotilanteissa kaikki tieto ei välttämättä ole saatavilla tai se on vaike-
asti ymmärrettävässä muodossa. Tiedot saattavat sijaita hajallaan erilaisissa tietojär-
jestelmissä, jolloin niiden etsiminen ja läpikäyminen voi olla haastavaa. Tietoja on
osattava yhdistellä, suodattaa, muokata, korostaa tai jotenkin muutoin jatkojalostaa,
jotta oleellinen tieto saadaan esiin päätöksenteon tueksi. Tiedon käsittelyä varten on
oltava tehokkaita tietojärjestelmiä, jotka seulovat tarpeellista tietoa tietovarastoista
ja tarjoavat sitä käyttäjällensä (Miettinen & Korhonen 2005, 72- 75).

Käypähoito suositukset eivät riitä yksin päätöksenteon tueksi kaikissa tilanteissa.
Sähköiset tietojärjestelmät mahdollistavat potilaan yksilöllisiin tietoihin perustuvien
muistutteen kehittämisen, joiden avulla sairaskertomuksesta nousevat esiin kulloi-
sessakin tilanteessa oleelliset asiat. Näiden sähköisten tukimenetelmien on to-
dettu olevan yhteydessä hoidon ja hoitokäytäntöiden paranemiseen. (Koikkalainen
ym 2011, 22.)

Kanerva- Kaste- hankkeeseen (= kroonisten kansansairauksien ehkäisy ja varhai-
nen hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella) liittyen on luotu
niin kutsuttuja hoitokarttoja työkaluiksi terveydenhuollon ammattilaisille. Ne
mahdollistavat täsmällisen ja ajantasaisen tiedon nopean löytämisen, kokoavat
yhteen ja auttaa viemään käytäntöön käypä hoito - suosituksia, perusterveyden-
huollon ja erikoissairaanhoidon välisiä hoitoketjuja sekä paikallisia oman kunnan
käytäntöjä eli hoitopolkuja. Tarkoituksena on yhtenäistää sairaanhoitopiirin ja
maakunnan alueella olevia hoitokäytäntöjä ja ohjata toimintoja myös siten, että
terveydenhuollon prosessit tulevat sujuvammiksi. Hoitokartassa on koottuna
työkalut keskeisten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistam-
iseen, näyttöön perustuvat ohjeet hyvään hoitoon ja hoidon porrastukseen.
Näin pyritään vaikuttamaan myös hoitamisen resurssien riittävyyteen (Keski-
Suomen sairaanhoitopiiri 2011; Mutka 2010.)

2.4 Tietojärjestelmät

Kaste ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tietoperustaa ja sähköisen tiedonhallinnan ohjausjärjestelmää tulee vahvistaa. Tietojärjestelmiä tulisi hyödyntää nykyistä monipuolisemmin ja tehokkaammin tiedon keräämiseksi väestön hyvinvoinnin ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden, sekä palveluiden toimivuuden kehittämiseksi (Kaste 2012.) Potilastietojärjestelmä tulee tuottaa luotettavasti ja helposti tietoa toiminnan sisällöstä sekä henkilöstön että johdon käyttöön ja samalla kerätä tietoa terveysriskeistä, hoidon tavoitteista ja saavutetuista tuloksista sekä yksilö- että väestötasolla (Koikkalainen ym 2011, 22.)

Haasteiksi asiakkaan näkökulmasta muodostuvat omien tietojen saatavuus ja tietojen käytön hallinta, sekä asioinnin joustavuus. Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta haasteina ovat tiedon tehokas hallinta, ajantasainen saatavuus ja palveluita koskevien seurantatietojen saatavuus ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistumisen myötä yhteistyön edellytyksenä on asiakastietojen yhteiskäyttö. Tämä vaatii nykyisten tietojärjestelmä-ratkaisujen kehittämistä ja säädöksiin uudistamista (Kaste 2012.) Toimintaprosessien ja tietojärjestelmien kehittämistyö tulisi tapahtua rinnakkain, jotta lopputuloksena olisi toimiva, toisiaan täydentävä kokonaisuus (Miettinen & Korhonen 2005, 72- 75.)

Kaste ohjelman mukaan on tuettava tietojärjestelmä-ratkaisuja, joiden avulla mahdollistuu kattava tilasto- ja rekisteritiedonkeruu ja näin saadun tiedon hyödyntäminen toiminnan suunnittelun ja kehittämisen pohjana. Lisäksi on vahvistettava sähköisen asioinnin keinoja (Kaste 2012.)

Uudistuva terveydenhuoltojärjestelmä ja erityisesti sähköinen asiointi vaatii potilaalta päätöksentekokykyä ja tiedonhallinta taitoja. Näiden taitojen puute voi toimia esteenä aktiiviseen osallisuuteen ja omahoidon onnistumiselle (Baumann & Dang 2012, 32- 38.)

2.5 Organisaatio ja muut yhteisöt

Terveysshyötymallin mukaan kehittyvässä organisaatiossa panostetaan osaavaan henkilöstöön, joka omalla toiminnallaan tukee potilasta aktiivisesti osallistumaan hoitoonsa. Potilaan hoidosta vastaa asiantunteva tiimi, jolla on käytössään tutkittu, ajanmukainen tieto. Päämääränä on laadukkaammin ja kustannustehokkaammin organisoitu hoito (Adams ym 2012, 551- 552; Coleman ym 2009, 75- 76; Koikkalainen ym 2011, 28- 30.)

Organisaation toimintaan ja toiminnan kehittämiseen vaikuttaa henkilöstön ja johdon sitoutuminen ja se edellyttää yhteisten arvojen, päämäärien ja strategian määrittämistä. Muutos toiminnan parantamiseksi vaatii näkyvän tuen kaikilla tasoilla korkeimmasta johdosta alkaen (Dancer & Courtney 2010, 580- 585; THL 2012.) Hoidon koordinaatioon liittyvien sopimusten ja järjestelyjen kehittäminen, yhteistyöverkostojen luominen ja tiimimallin omaksuminen, prosessien ohjeistus, riittävä resursointi ovat edellytyksiä onnistuneelle organisaatio muutokselle. (THL 2012.)

Terveysshyötymalli huomioi muiden yhteisöjen panoksen hoidon organisoimisessa. Kansanterveysjärjestöjen, kansallisten ja paikallisten terveyden edistämishankkeiden ja potilasjärjestöjen panos on omalta osaltaan tukemassa hoidon organisointia. Potilaiden ohjataan käyttämään hoitoa tukevia terveyskeskuksen ulkopuolisia palveluita. Muut kunnalliset palvelut ja sektorit (esimerkiksi liikunta palvelut) tuottavat primaari- ja preventioon kuuluvia palveluita (Dancer & Courtney 2010, 580- 585; Koikkalainen ym 2011, 24; THL 2012.) Nykypäivänä sähköisen viestinnän ja internetin merkitys tiedon välittämisessä kasvaa ja uudet menetelmiä potilaan hoidon järjestämiseksi ja tukemiseksi kehitetään (Dancer & Courtney 2010, 580- 585.)

3 TERVEYSHYÖTYMALLI KEUHKOAHTAUMATAUTIPOTILAAN HOIDOSSA

3.1 Omahoidon tuki keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa

Valtakunnallinen keuhkohtaumatauti ohjelma (1998- 2007) nimeää kuntoutumista tukevan ohjatun omahoidon edellytykseksi hoitoverkoston, joka ohjaa ja antaa yksilöllistä neuvontaa, selkeän omahoitoaineiston ja aktiivisesti itsestään huolehtivan potilaan (Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti 1998- 2007, 50.) Merkittävin keuhkohtaumataudin ennusteeseen vaikuttava tekijä on tupakoinnin lopettaminen (Käypähoito-suositus 2009; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2010; Chronic respiratory diseases 2011.) Tärkeä muutos Suomen tupakkapolitiikassa tapahtui kun Lääkäriseura Duodecimin julkaisema Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot, Käypä hoito – suositus muutti aiemman tupakkavalituksen hoidoksi. Siinä korostetaan terveydenhuoltohenkilöstön merkittävää roolia hoidon käynnistämisessä ja painotetaan työtä tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoitamiseksi (Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti 1998- 2007, Käypähoito - suositus 2012.)

Pitkälle edenneen keuhkohtaumataudin hoidossa haasteita muodostavat ennusteen laatimisen vaikeus, tiedon puute ja vastuu kysymykset. Potilaan ja hänen omaistensa näkemyksiä hoidon linjauksista ja järjestämisestä ei ole aina riittävästi selvitetty. Lisäkoulutus ja yhteistyön kehittäminen moniammatillisen työryhmän kesken parantaisivat tilannetta (Spence, Hasson, Waldron, Kernohan, McLaughlin & Watson 2009, 126- 131.) Ohjauksen ei tule keskittyä vain potilaisiin, myös terveydenhuollon ammattilaisten tuen tarve on otettava huomioon (Säynäjäkangas ym 2011, 664- 665).

Omahoitoa tukeva toiminta keuhkohtaumatautipotilaan kohdalla on kustannustehokkaampaa ja potilaat merkittävästi tyytyväisempiä. Tutkimusten mukaan parantunut elämänlaatu, vähentyneet lääkarissä käynnit ja sairaalahoitoa vaativat pahenemisvaiheet olivat yhteydessä hoitajan antamaan ohjaukseen ja omahoidon hallintaan (Österlund, Hillervik & Ehrenberg 2008, 178- 185.)

3.2 Palveluvalikoima keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa

Käypähoitosuosituksen mukaan keuhkohtaumatautipotilaat hoidetaan pääosin perusterveydenhuollossa. Sairauden diagnoosi tehdään perus- tai työterveyshuollossa. Erityisen tärkeää on taudin varhainen diagnoosi. Epäselvät tapaukset, erotusdiagnostiset ongelmat ja vaikeat tautimuodot kuuluvat erikoissairaanhoidon (Käypähoito -suositus 2009; Lampela 2009, 42).

Perusterveydenhuollon vastuisiin kuuluu sairauden ehkäisy, tupakasta vieroitus, toteaminen, pitkäaikaissuranta, pitkäaikaishoito vuodeosastoilla, infektioiden hoito, rokotukset ja pahenemisvaiheiden hoito sekä kuntoutus. Erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu erotusdiagnoosi, tarkemmat tutkimukset, tupakasta vieroitus, kuntoutuksen suunnittelu, hengityslaittehoitojen arviointi ja aloitus, vaikeasti sairaiden hoito ja seuranta sekä koulutus ja koordinointi (Käypähoito -suositus 2009, Lampela 2009, 42.) Kuten muutkin krooniset sairaudet, keuhkohtaumatauti kuormittaa terveydenhuollon resursseja ja kustannuksista pääosa syntyy nimenomaan pahenemisvaiheiden sairaalahoitosta. Kustannustehokkaampaa olisi siirtää huomio ennalta ehkäisyyn (Adams ym 2007, 551- 560.)

Keuhkohtaumatautia sairastavien potilaiden hoitajaksojen pituuksiin on kiinnitetty huomiota ja niihin vaikuttavia tekijöitä selvitetty. Tavoitteena on edelleen lyhentää hoitoaikoja ja vähentää sitä kautta kustannuksia (Cotton, Bucknal & Dagg 2000, 902-906; Postma, Hacken, Kerstjens & Koeter 1999, 8- 13). Keuhkohtaumataudin sairaalahoito on tehostunut Suomessa; hoitoajat ovat lyhentyneet ja pahenemisvaiheissa sairaalakuolleisuus on vähäistä. Hoitomuotoja on kehitettävä edelleen taudista aiheutuneiden kustannusten hillitsemiseksi. Erityisesti varhaisdiagnoosi ja avokuntoutusta on kehitettävä ja huomiota on kiinnitettävä sairauden loppuvaiheen asianmukaiseen hoitoon. (Kinnunen 2007, 73)

Osalle keuhkohtaumapotilaista tuettu kotihoito on myös taudin pahenemisvaiheissa ja hoitajan valvomana todettu turvalliseksi ja edulliseksi toimintamuodoksi (Skwarska, Cohen & Skwarski 2000, 907- 912; Sala, Alegre & Carrera 2001, 1138-1142). Kotihoidon tai kotisairaalan palveluiden avulla voidaan välttää sairaalahoitoa vaativilta pahenemisvaiheilta, tukemalla ja ohjaamalla potilasta käyttämään lääke-

hoitonsa määrättyllä tavalla ja auttamalla potilasta hänen omassa ympäristössään hänen omat voimavaransa huomioiden (Wong, Carson & Smith 2011.) Samanaikaiset muut sairaudet pidentävät keuhkohtaumatautipotilaan sairaalahoitoa. Tunnistamalla riskipotilaat sairaalahoitajakson alussa ja tehostamalla hoitoa on mahdollista vähentää kuolleisuutta ja kustannuksia (Kinnunen 2007, 72- 73.)

3.3 Päätöksenteon tuki ja tietojärjestelmät keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa

Tutkimukset osoittavat, että niin potilaat kuin terveydenhuoltohenkilöstökään eivät tunnista keuhkohtaumataudin merkkejä riittävästi ja tauti on yleensä jo pitkälle edennyt kun se diagnosoidaan. Senkin jälkeen kun diagnoosi on tehty, ei nykyisellä terveydenhuollon järjestelmällä pystytäkään tuottamaan riittävän johdonmukaista, näyttöön perustuvaa ja potilaskeskeistä hoitoa (Braman & Lee 2010, 83- 88.)

Lundh kumppaneineen on tutkinut hoitajien käsityksiä keuhkohtaumatautipotilaiden hoidosta. Potilaat olivat pääasiassa ikääntyneitä henkilöitä, joilla oli kohtalainen tai vaikea tauti. Hoitajat kokivat turhautumista ja voimattomuutta. Syyksi tähän he kuvasivat potilaan elämänlaadun huononemisen, sairauden etenemisen ja parantumattomuuden. (Lundh, Rosenhall & Törnkvist 2006, 237- 246.)

Potilasohjaus koetaan tärkeäksi osaksi työtä. Yksilöllistä ja laadukasta potilasohjausta antaakseen hoitajat kokivat tarvitsevänsä jäsennellympää koulutusta, enemmän aikaa ja moniammatillisen yhteistyön lisäämistä. He kaipaavat myös tukea työkavereilta ja johdolta. (Lundh ym 2006, 237- 246; Zakrisson & Hägglund 2010, 147- 155.)

3.4. Kolmas sektori keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa

Kolmannella sektorilla tarkoitetaan yhteiskunnan järjestöjä ja säätiöitä.

Erityispiirteenä toiminnassa ovat ei – voittoa tavoitteleva kansalaistoiminta ja vapaaehtoisuus. Organisaatiot vaihtelevat niin kokonsa kuin toimintojensakin puolesta. Kolmannen sektorin toimijoihin katsotaan kuuluvan esimerkiksi urheilu- ja virkistysseurat, avustusjärjestöt, potilasjärjestöt, avustussäätiöt ja erilaiset hyvinvointiorganisaatiot (Jyväskylän Yliopisto 2012.)

Filha ry on yleishyödyllinen sitoutumaton asiantuntijajärjestö, jonka tehtävänä on edistää kansanterveyttä kehittämällä ja toteuttamalla luovaa yhteistoimintaa terveydenhuollon viranomaisten ja ammattilaisten kanssa keuhkosairauksien ja tuberkuloosin ehkäisyn ja hoidon tehostamiseksi. Järjestön toiminta keskittyy asiantuntijan rooliin ja ammattihenkilöiden kouluttaminen on järjestön päätoimintoja.

Potilasjärjestöistä keskeisimmät ovat Allergia- ja astmaliitto sekä Hengitysliitto. Näiden järjestöjen toiminnassa on mukana kymmeniä tuhansia hengityssairaita sekä heidän läheisiään. Toiminnallaan ne pyrkivät edistämään hengitysterveyttä tiedotuksen, tutkimuksen ja viestinnän keinoin, sekä järjestäen koulutusta ja kuntoutusta. Hengitysliitto nimeää tavoitteekseen että hengityssairaat ja heidän läheisensä voivat elää tasavertaista ja aktiivista elämää, voivat osallistua yhteiskunnassa ja yhteisöissä ja voivat toimia vertaistukena sairastuneille ja heidän läheisilleen.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä opinnäytetyö liittyy Filha ry:n hallinnoimaan Hengitys ja terveys hankkeeseen, jolla pyritään asiakaslähtöisesti vaikuttamaan hengityssairauksien ennaltaehkäisyyn, hoidon järjestämiseen ja kuntoutukseen suomalaisessa terveydenhuollossa.

Opinnäytetyöni tavoitteena on koota tietoa keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteutumisesta keuhkohoitajan näkökulmasta. Saatua tietoa hyödynnetään jatkossa keuhkohtaumatautiin liittyvän koulutuskokonaisuuden laatimisessa. Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena on selvittää keuhkohoitajien näkemyksiä siitä, miten terveyshyötymallin eri osa-alueet toteutuvat keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa heidän työyksiköissään. Tutkimuksen tavoitteena on myös aktivoida olemassa oleva asiantuntija verkosto osallistumaan keuhkohtaumatauti potilaan hoidon kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten omahoidon tukeminen toteutuu keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa hoitajan arvioimana hänen työyksikössään?
2. Miten palveluvalikoima tukee keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteutumista hoitajan arvioimana hänen työyksikössään?
3. Mitkä tekijät tukevat hoitajan päätöksentekoa keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa?
4. Mitkä organisaatioon liittyvät tekijät tukevat hoitajan arvioimana hoidon toteutumista keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa?
5. Miten yhteistyö kolmannen sektorin kanssa toteutuu hoitajan arvioimana hänen työyksikössään?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA -PROSESSI

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus. Yleisesti kyselyn etuna pidetään mahdollisuutta kerätä laaja tutkimusaineisto. Menetelmän haittana pidetään sitä, ettei ole mahdollista varmistua miten huolellisesti vastaaja on kyselyn täyttänyt ja onko hän ymmärtänyt kaikki kysymykset. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2010, 195.) Tämän vuoksi kyselyssä käytetään strukturoituja kysymyksiä. Näin autetaan vastaajaa tunnistamaan kyseessä oleva asia ja vastaaminen helpottuvat.

5.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Mittarin laatimiseksi on perehdytty teorian tietoon. Tiedonhauk ovat tehty CINAHL-, COCHRANE-, Linda-, Arto hakukoneita, sekä Jyväskylän ammattikorkeakoulun JaNet verkkoa käyttäen. Hakusanoina ovat olleet: keuhkohtaumatauti, krooninen ahtauttava keuhkosairaus, terveyshyötymalli, omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmät, hoidon organisaatio, COPD, chronic obstructive pulmonary disease, CCM, Chronic care model.

Kysymyksiä laadittaessa tavoitteena on kyselyn selkeys ja esitettyjen kysymysten yksiselitteisyys. Kaikkien kysymysten tulee olla sidoksissa tutkittavaan asiaan. Olen- naista on myös saatujen vastausten käsiteltävyys ja analysoitavuus (Heikkilä 2008, 48; Hirsjärvi ym 2010, 202- 203; Valli 2001,29.)

Kyselylomakkeessa kysymykset muodostuivat terveyshyötymallia viitekehyksenä käyttäen. Apuna kysymyksiä laadittaessa on ollut RAMPE – hankkeen (Rautaisia am- mattilaisia perusterveydenhuoltoon) alkuselvityksessä käytetty kyselylomake, joka käsittelee terveyshyötymallia pitkäaikaissairauksien hoidon viitekehyksenä (Koikka- lainen ym 2011.) Kysymyksiä ei suoraan ole lainattu tuosta kyselylomakkeesta, vaan sitä on käytetty suuntaa antavana apuvälineenä, kun on mietitty mitä yksittäisiä, konkreettisia asioita kunkin terveyshyötymallin osa-alueen alle kuuluu. Taulukossa 1 on kuvattu kyselylomakkeen rakenne ja yhteydet tutkimuskysymyksiin.

Taustamuuttujina ovat tässä tutkimuksessa sukupuoli, ikä, työpiste, työkokemus, koulutus ja sairaanhoitopiiri, jonka alueella työskentelee.

Monivalintakysymyksissä käytettiin neli- ja viisi portaista Likertin asteikkoa, joissa asteikon arvot on kuvattu sanallisesti. Vastausvaihtoehtoina olivat ”aina”, ”usein”, ”joskus”, ”harvoin” ja ”ei koskaan”. Yhdessä kysymyksessä vaihtoehdot olivat ”kyllä toteutuu”, ”ei toteudu, mutta asiaa kehitellään parhaillaan”, ”ei toteudu” ja ”en osaa sanoa”. Yhdessä kysymyksessä vastausvaihtoehdot olivat ”päivittäin”, ”useamman kerran viikossa”, ”useamman kerran kuukaudessa”, ”harvemmin” ja ”ei koskaan”. (ks liite 1. Kyselylomake)

TAULUKKO 1. Terveystyömalli keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa - kyselylomakkeen rakenne ja yhteys tutkimuskysymyksiin

osio	kysymysten lukumäärä	mitta-asteikko
I taustatiedot	8	strukturoitu (luettelot) avoin (vapaan tekstin kenttä)
II omahoidon tukeminen vastaa tutkimuskysymyseen 1	3 kysymykset 1-3	Luokittelu asteikko 1-5
III palveluvalikoima vastaa tutkimuskysymyseen 2	2 kysymykset 4-5	Luokittelu asteikko 1-5 luokittelu asteikko 1-4
IV päätöksenteon tuki vastaa tutkimuskysymyseen 3	2 kysymykset 6-7	Luokittelu asteikko 1-5 avoin (vapaan tekstin kenttä)
V organisatoriset tekijät vastaa tutkimuskysymyseen 4	2 kysymykset 8-9	Luokittelu asteikko 1-5
VI yhteistyö vastaa tutkimuskysymyseen 5	1 kysymys 10	Luokittelu asteikko 1-5

5.2 Aineiston keruu

Keuhkohoitajalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan niitä keuhkosairauksien parissa työskenteleviä hoitajia, jotka ovat antaneet yhteystietonsa Filha ry:n kanssa yhteistyössä perustettuun keuhkohoitajaverkostoon. Kysely toteutettiin sähköisesti ajan ja kustannusten säästämiseksi. On myös oletettavaa, että sähköisessä muodossa vastaaminen koetaan vaivattomammaksi ja näin kato pienenee. Filhalla on n. 400 keuhkohoitajan yhteystiedot valmiina vuosi sitten toteutetun kyselyn ansiosta. Surveypal- ohjelmalla toteutettuna kyselyn analysointi helpottuu. Filhasta oli laitettu jo ennen kyselyä näille henkilöille sähköposti, jossa tiedotettiin tulevasta kyselystä ja samalla pyydettiin ottamaan yhteyttä oman alueensa perusterveydenhuollon keuhkohtaumataudin vastuuhoitajiin. Tavoitteena on myös heidän mukaan saamisensa toiminnan ja yhteistyön kehittämiseen.

Sähköpostitse tapahtunut kysely lähetettiin yhteensä 415 keuhkohoitajalle, jotka olivat antaneet yhteystietonsa Filha ry:n käyttöön. Ensimmäinen kysely lähetettiin 11.10.2012 ja muistutus kysely lähti kaikille 6.11.2012. Kyselyyn vastaaminen päättyi 14.11.2012. Vastauksia saatiin kaikkiaan 110. Vastausprosentiksi muodostui 26.5 %. Keskenjääneitä vastauksia oli tämän lisäksi 70 kappaletta, nämä vastaukset eivät tulleet mukaan tutkimuksen analyysiin.

5.3 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeella kerätty aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versio 20) -ohjelmaa käyttäen. Aineistoa on hyvä kuvata kokonaisuudessaan, ennen kuin sitä aletaan käsitellä millään analyysimenetelmällä. Yleisellä tarkastelulla pyritään saamaan esiin kokonaiskuva aineistosta. Samalla tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja mahdollisia virhelähteitä (Heikkilä 2008, 72.)

Tilastollisesti aineistoa kuvataan frekvenssien ja prosenttijakaumien kautta. Eri muuttujien välisiä riippuvuuksia ja suhteita tarkastellaan ristiintaulukoinnin avulla. Taus-tamuuttujien luokat on analyysivaiheessa koodattu uudelleen, esimerkiksi sairaan-hoitopiirit on yhdistetty Erva- alueiksi. Vastausvaihtoehdoista yhdistettiin luokat ”to-teutuu aina tai usein” ja ”toteutuu harvoin tai ei koskaan”. Näin tehtiin, koska aineis-

to haluttiin sellaiseen muotoon, että sitä voi johdonmukaisesti ja jäsennellysti käsitellä. Muuttujien välisten riippuvuuksien tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin käyttäen Khiin neliö- testiä.

Avoimen kysymyksen vastaukset käsiteltiin teemoittain. Annetut vastaukset jaettiin ensin pääluokkiin ja sitten niiden alle muodostuviin alaluokkiin.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Taulukossa kaksi kuvataan vastaajien taustatietoja iän ja työkokemuksen osalta. 110:n vastaajan joukossa oli neljä miestä. Vastaajien iän keskiarvoksi muodostui 45 vuotta. Nuorin vastaaja oli 24- vuotias ja vanhin 66- vuotias. Vastaajien työkokemuksen keskiarvoksi muodostui 19.4 vuotta. Työkokemusta keuhkosairauksien parissa oli keskimäärin 12.6 vuotta.

Taulukossa kolme kuvataan vastaajien koulutusta, työpaikkoja, työpisteitä ja Erva- alueita joissa he työskentelevät Hieman yli puolet (51.8 %) vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia (opistoaste). Vastaajissa oli kolmen (2.7 %) perusterveydenhuollon puolella työskentelevän vastaukset, muut vastaajat työskentelevät kaikki erikoissairaanhoidon puolella. 61.8 % vastaajista työskenteli vuodeosastolla ja 32.7 % poliklinikalla. Kaikista kahdestakymmenestä sairaanhoitopiiristä oli saatu vastauksia, mutta monista vain yksittäisiä vastaajia. Vastauksien epätasainen jakautuminen johtui siitä, että kaikista keuhkoyksiköistä ei ollut saatu kattavia yhteystietoja. Eniten vastauksia saatiin Pirkanmaan-, Keski-Suomen ja Uudenmaan sairaanhoitopiireistä. Ristiintaulukoimalla taustamuuttujia kysymyksien kanssa ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä.

TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot

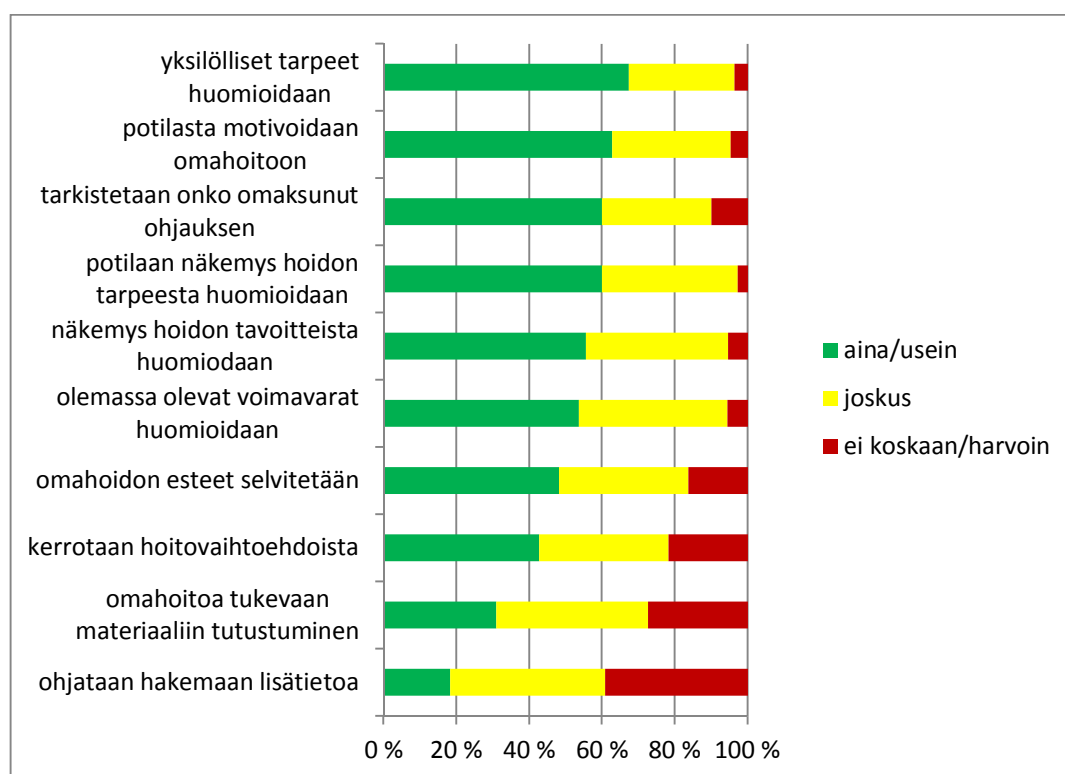
	frekvenssi	prosentti
Sukupuoli		
nainen	106	94,4
mies	4	3,6
Ikä		
≤24 vuotta	2	1,8
25- 44 vuotta	44	40
≥45 vuotta	64	58,2
Työkokemus kokonaisuudessaan		
≤ 10 vuotta	27	24,5
11–20 vuotta	32	29,1
21–30 vuotta	31	28,2
≥ 31 vuotta	20	18,2
Työkokemus keuhkosairauksien hoitotyössä		
≤ 10 vuotta	56	50,9
11–20 vuotta	30	27,3
21–30 vuotta	17	15,5
≥31 vuotta	7	6,4

TAULUKKO 3. Vastaajien koulutus ja työpaikat

Koulutus		
lähihoitaja/perushoitaja	6	5,5
sairaanhoitaja	97	88,2
terveydenhoitaja	5	4,5
muut	2	1,8
Työpaikka		
erikoissairaanhoito	107	97,3
perusterveydenhuolto	3	2,7
Työpiste		
vuodeosasto	68	61,8
poliklinikka	36	32,7
terveyskeskuksen vastaanotto	2	1,8
muu	4	3,6
Erva-alueet		
HYKS	18	16,4
TYKS	12	10,9
TAYS	33	30
KYS	27	24,5
OYS	20	18,2

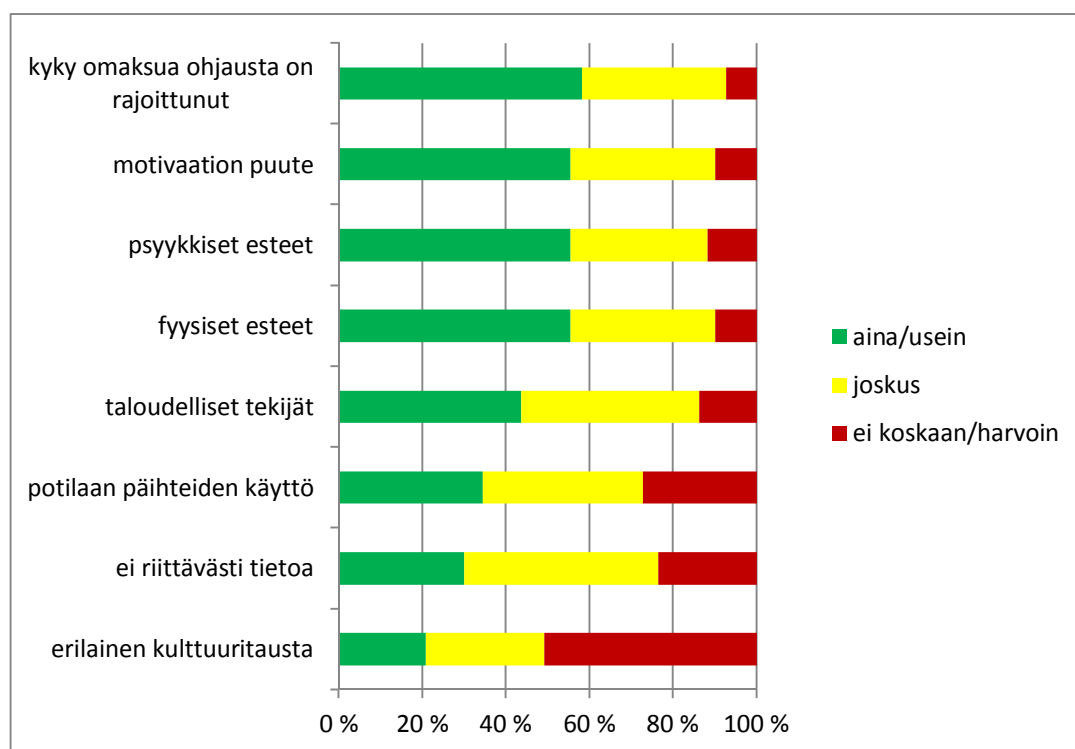
6.2 Omahoidon tukeminen

Kun vastaajia pyydettiin arvioimaan keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteutumis- ta omassa työyksikössään, 67.3 % oli sitä mieltä että potilaan yksilölliset tarpeet tule- vat huomioiduksi **aina tai usein**. Potilasta motivoidaan omahoitoon (62.7 %), potilaan näkemys hoidon tarpeesta huomioidaan (60 %) ja potilaalta tarkistetaan onko hän omaksunut ohjauksen (60 %). Potilaan olemassa olevat voimavarat huomioidaan (53.6 %) ja omahoidon esteet pyritään selvittämään (48.2 %). Potilaalle kerrotaan eri hoitovaihtoehtoista (42.7 %) aina tai usein. Omahoitoon tukevaan materiaaliin tutus- tumisen (30.9 %) ja potilaan ohjaamisen lisätiedon hankintaan esimerkiksi internetin kautta (18.2 %) arvioitiin toteutuvan vähiten. Näissä osa-alueissa oli eniten **ei kos- kaan/ harvoin** – vastauksia. Omahoidon tukemiseen liittyvien osa-alueiden toteutu- minen on kuvattu kuviossa kaksi ja liitteessä kolme on kuvattuna sama tulos yhdis- tämättömänä aineistona.



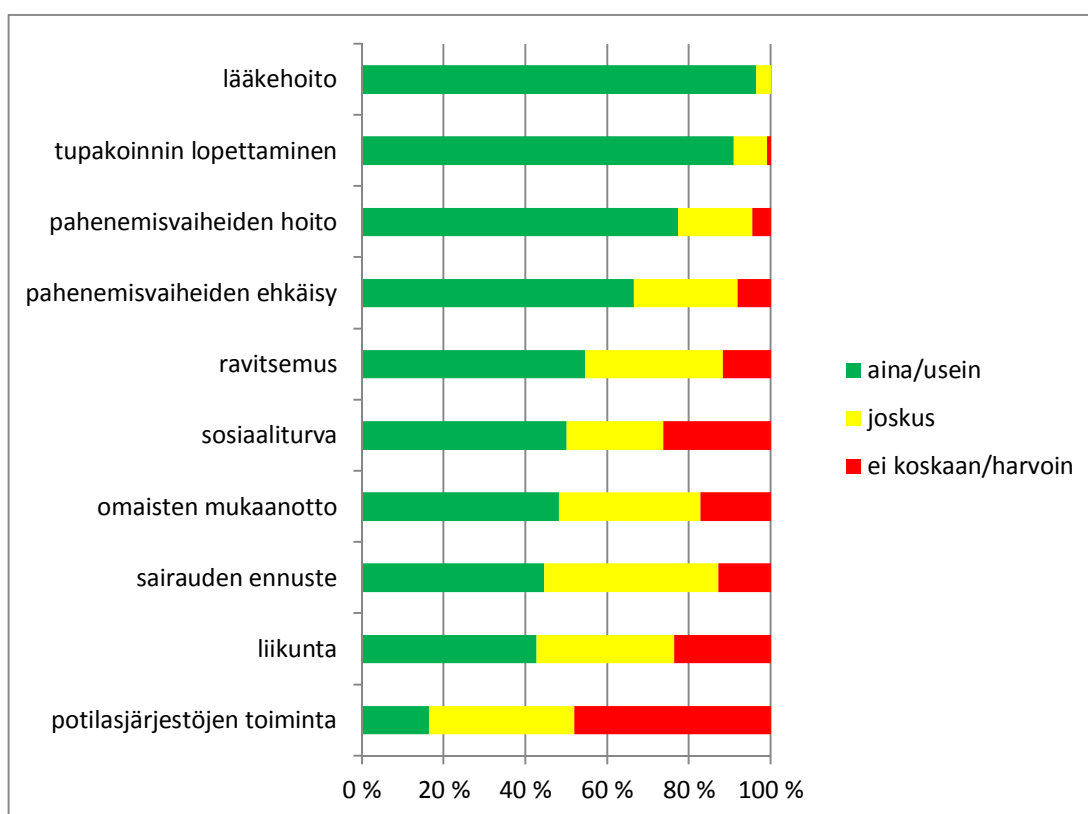
KUVIO 2. Omahoidon tukemiseen liittyvät osa-alueet keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa

Kuviossa kolme ja liitteessä neljä kuvataan keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon toteutumiseen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä. Potilaan rajoittunut kyky omaksua ohjausta arvioitiin kaikkein useimmin (58.2 %) omahoitoa heikentäväksi tekijäksi. Yli puolet vastaajista (55.5 %) arvioi omahoidon toteutumisen esteiksi psyykkiset – ja fyysiset esteet, sekä potilaan motivaation puutteen. Taloudellisten tekijöiden arvioitiin vaikuttavan hieman harvemmin (43.6 %). Potilaan päihteiden käyttö (34.5 %), riittämätön tiedon saanti (30.0 %) ja potilaan erilainen kulttuuritausta (20.9 %) arvioitiin myös vaikuttavan omahoidon onnistumiseen heikentävästi. Puolet (50.9 %) vastaajista arvioi, ettei kulttuuritausta vaikuta koskaan tai että se vaikuttaa vain harvoin heikentävästi omahoidon onnistumiseen.



KUVIO 3. Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon onnistumiseen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä

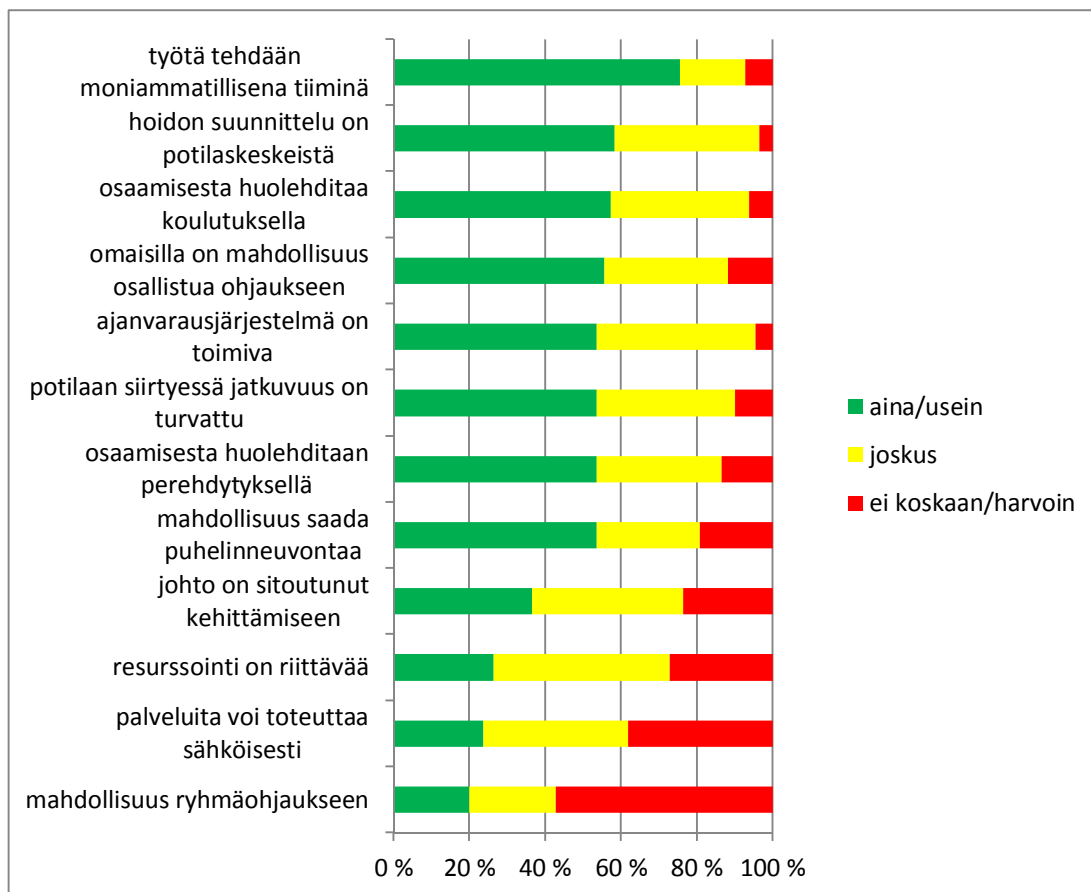
Kuviossa neljä kuvataan keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon ohjauksen osa-alueita. Vastaajat arvioivat miten usein ohjauksen osa-alueet toteutuvat riittävässä määrin keuhkohtaumatautipotilaan kohdalla. Eniten **(aina tai usein)** ohjauksen arvioitiin toteutuvan lääkehoidon ohjauksen (96.4 %), tupakoinnin lopettamiseen (90.1 %) ja pahenemisvaiheiden hoitoon liittyvän ohjauksen (77.3 %) osalta. Yli puolet (54.5 %) vastaajista arvioi ravitsemuksen ohjauksen toteutuvan riittävässä määrin ja 50.0 % vastasi sosiaaliturvaan liittyvien asioiden tulevan ohjatuksi. Sairauden ennusteeseen liittyvän ohjauksen arvioi toteutuvan riittävässä määrin 44.5 % vastaajista. Vähiten huomiota saa liikunta (42.7 %) ja potilasjärjestöjen toiminta (16.4 %). Lähes puolet (48.1 %) vastaajista arvioi että potilasjärjestöjen toimintaan liittyvä ohjaus ei toteudu koskaan tai se toteutuu harvoin. (ks. liite 5)



KUVIO 4. Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon ohjauksen osa-alueet

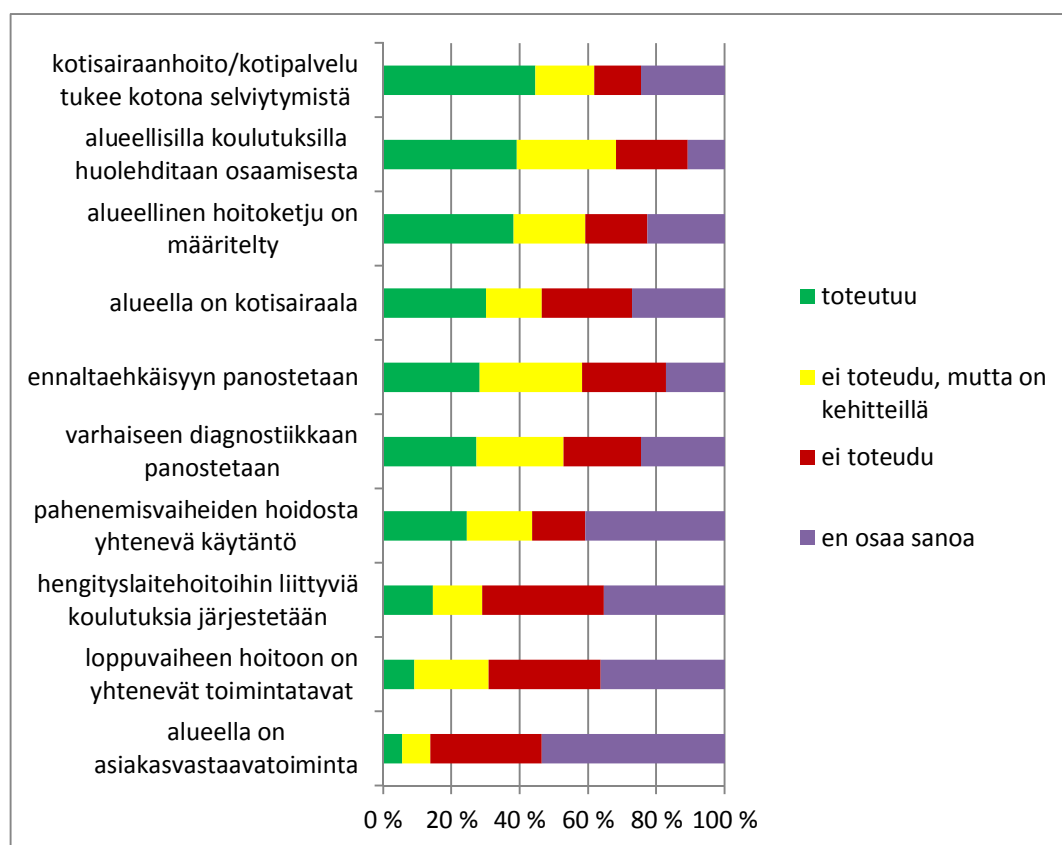
6.3 Palveluvalikoima

Kuviossa viisi kuvataan keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämiseen vaikuttavia tekijöitä. Omassa työyksikössä parhaiten arvioitiin toteutuvan **(aina tai usein)** toimita moniammatillisena tiiminä (75.5 %), hoidon suunnittelu nähtiin potilaskeskeisenä (58.2 %) ja henkilöstön osaamisesta huolehditaan koulutuksen avulla (57.3 %). Yli puolet vastaajista (55.5 %) arvioi omaisilla olevan aina tai usein mahdollisuus osallistua ohjaukseen, käytössä olevaa ajanvarausjärjestelmää pidettiin toimivana (53.6 %), jatkuvuus potilaan siirtyessä on turvattu (53.6 %), osaamisesta huolehditaan perehdytyksen avulla (53.6 %) ja potilailla on mahdollisuus saada puhelinneuvontaa (53.5 %). 36.4 % vastaajista arvioi johdon olevan sitoutunut toiminnan kehittämiseen. Harvimminkin arvioitiin toteutuvan riittävän resursoinnin (26.4 %), palveluiden sähköisen toteuttamisen (23.6 %) ja mahdollisuuden osallistua ryhmäohjauksiin (20 %). (ks liite 6.)



KUVIO 5. Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämiseen vaikuttavia tekijöitä työyksikössä

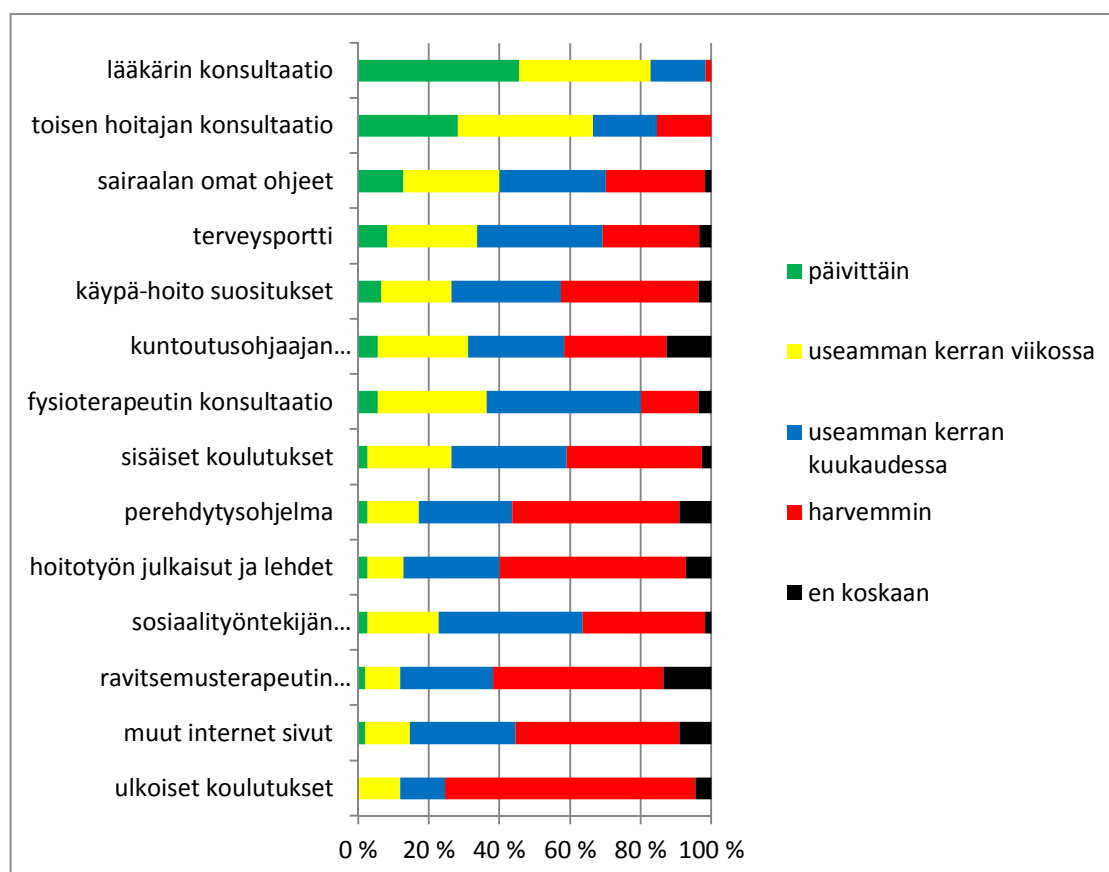
Kuviossa kuusi kuvataan keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämistä alueellisesti. Kotipalvelun/kotisairaanhoidon arveltiin tukevan kotona selviytymistä (44.5 %), alueellisilla koulutuksilla tuetaan henkilöstön osaamista(39.1 %) ja alueellinen hoitoketju tiedettiin määritellyksi(38.2 %). Osan toiminnoista ei vielä katsottu toteutuvan, mutta ne ovat kehitteillä: ennaltaehkäisyyn panostaminen (30 %) ja varhaiseen diagnostiikkaan panostaminen (25.5 %) näistä suurimpina. Asiakasvastaavatoiminnan ei arvioitu toteutuvan lainkaan (32.7 %) tai sen olemassa oloa ei osattu arvioida(53.6 %). Hengityslaitehoitoihin liittyvien koulutuksien (35.5 %), loppuvaiheen hoitoon liittyvien yhtenäisten toiminta tapojen (32.7 %) ja kotisairaaloiminnan (26.4 %) arvioitiin toteutuvan huonoimmin. (ks. liite 7)



KUVIO 6. Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestäminen alueellisesti

6.4 Päätöksenteon tuki

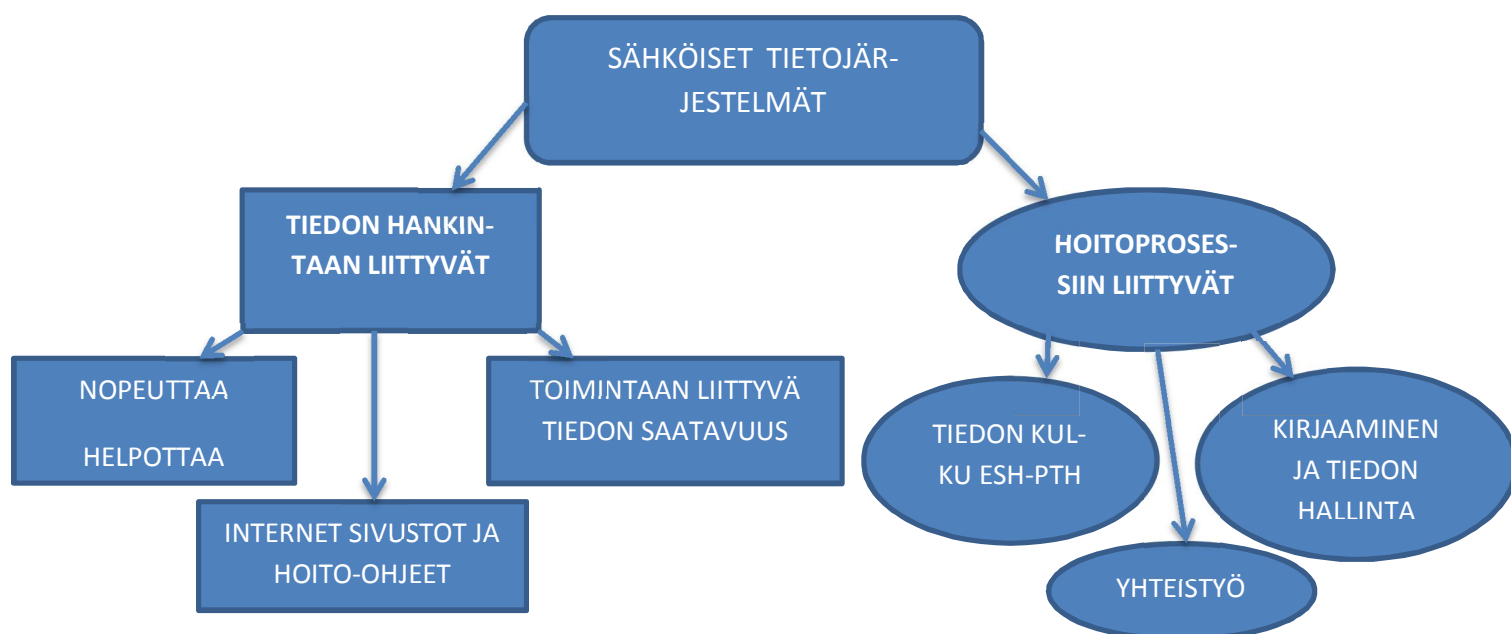
Kuviossa seitsemän esitetään työssä hyödynnettävät tiedonlähteet. Päivittäin käytössä olivat eniten lääkärin konsultaatio (45.5 %) ja toisen hoitajan konsultaatio (28.2 %) ja sairaalan omat ohjeet (12.7 %). Useamman kerran viikossa edellisten lisäksi konsultoidaan fysioterapeuttia (30.9 %) ja kuntoutusohjaajaa (25.5 %) sekä käytetään Terveysporttia (25.5 %). Fysioterapeutin (43.6 %) ja sosiaalityöntekijän (40.9 %) konsultaatiot olivat yleisimpiä useamman kerran kuukaudessa tapahtuneista tiedon hankinnoista. Myös Terveysporttia (35.5 %) ja sisäisiä koulutuksia, esimerkiksi osastotunteja (32.7 %) käytetään useamman kerran kuukaudessa. 13.6 % vastaajista ei koskaan käytä ravitsemusterapeutin ja 12,7 % kuntoutusohjaajan konsultaatiota. (ks liite 8)



KUVIO 7. Työssä hyödynnettävät tiedonlähteet

Avoimella kysymyksellä sähköisistä tietojärjestelmistä pyydettiin kuvaamaan mitä uusia toimintoja keuhkohtaumatautipotilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen on tullut. Vastaajista kolmannes ($n=31$) jätti vastaamatta kysymykseen tai vastasi ettei osaa sanoa. Vastaajista 11.8 % ($n=13$) kertoi, etteivät sähköiset tietojärjestelmät olleet tuoneet mitään uusia toimintoja. Tiedon hankinnan koetaan helpottuneen ja nopeutuneen. Erilaisia internet sivustoja käytetään päätöksenteon tukena (mm. Käypähoito- suositukset, Terveystietä, yksiköiden sisäiset sivustot ja ohjeet, järjestöjen sivut). Toiminnan tukena sähköiset järjestelmät toimivat esimerkiksi helpottaen yhteydenpitoa eri tahoihin ja mahdollistaen koulutustietojen ja ajantasaisen tiedon saatavuuden. Vastaajat nostavat myös esiin sähköisten järjestelmien avun toimintatapojen yhtenäistämässä ja hoidon porrastuksen selkiyttämässä.

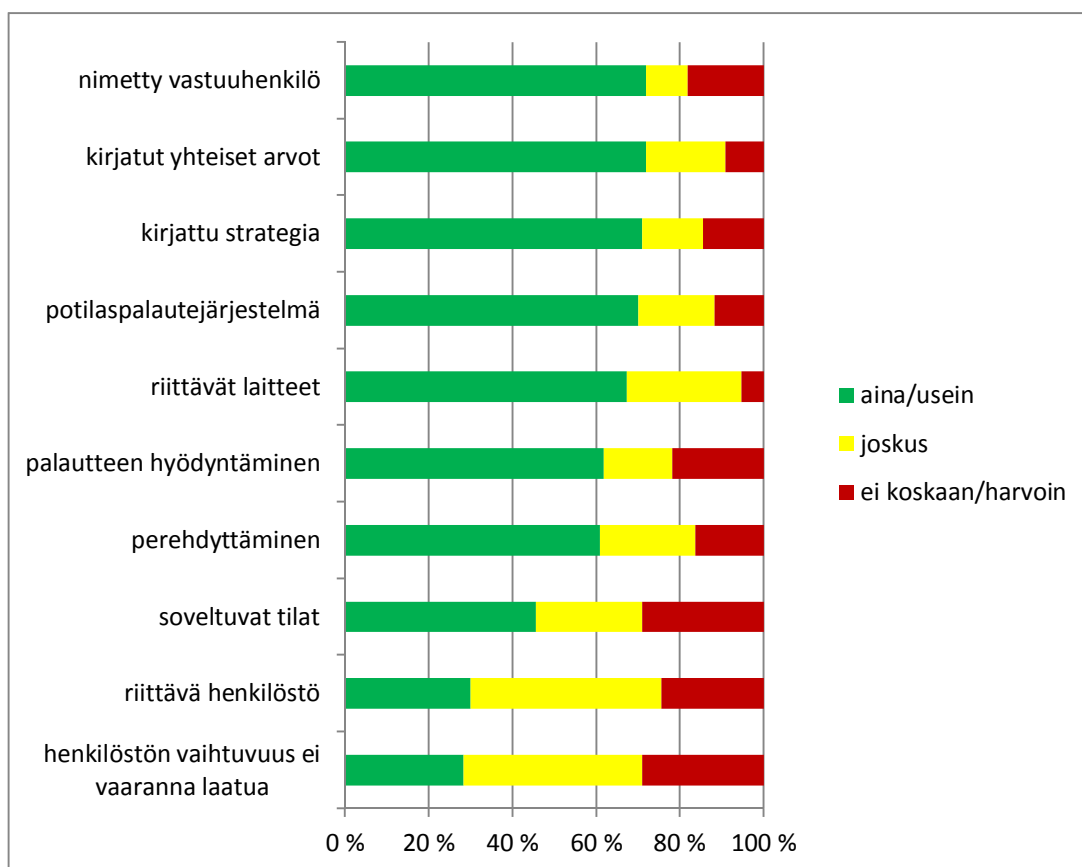
Hoitoprosessiin liittyvistä asioista eniten yksittäisiä huomioita ($n=19$) oli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen tiedonkulun paranemisella. Kirjaamiseen ja tiedon hallintaan liittyvistä asioista vastaajat nostivat esiin päivittäisen kirjaamisen, erilaiset kaavakkeet (tupakka, pef, ravitsemus), ohjausrungot ja hoitopolut. Yhteistyö eri ammattiryhmien kesken koetaan parantuneen ja konsultointi on helpottunut. Käyttämistään ohjelmista vastaajat mainitsevat ajanvarausjärjestelmän, kuntoapu ohjelman, sähköiset reseptit ja PACS röntgen järjestelmän.



KUVIO 8. Sähköisten tietojärjestelmien mukanaan tuomia toimintoja keuhkohtaumatautipotilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen

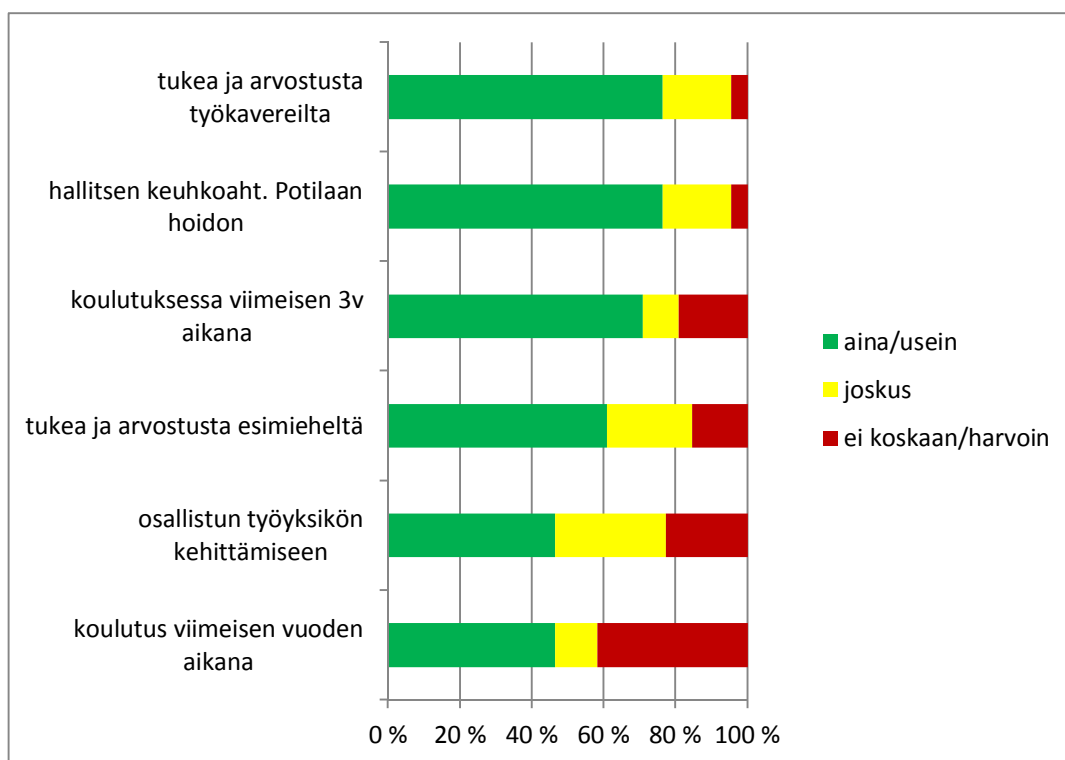
6.5 Organisatoriset tekijät

Kuviossa yhdeksän esitetään vastaajien arviointia omasta työyksiköstään työn organisoinnin osalta. Keuhkohtaumataudin vastuuhenkilö (71.8 %) on nimettyä yksiköissä **aina/usein** ja samoin arvioidaan olevan kirjattuna yhteiset arvot (71.8 %) ja strategia, joka ohjaa toimintaa (70.9 %). Potilaspalautejärjestelmä on käytössä (70 %) ja työhön on varattu riittävät laitteet (67.3 %). Potilaspalautetta hyödynnetään toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä (61.8 %) ja perehdyttämällä huolehditaan henkilöstön osaamisesta (60.9 %). Lähes kolmannes vastaajista oli sitä mieltä etteivät käytössä olevat tilat ole toimintaan soveltuvat (29.0 %). Työhön on varattuna riittävä henkilöstö **aina/usein** (30 %) ja henkilöstön vaihtuvuus ei vaaranna työn laatua **ei koskaan/harvoin** (29.1 %). (ks. liite 9.)



KUVIO 9. Oman työyksikön työn organisoinnin arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen

Kuviossa kymmenen kuvataan miten vastaajat arvioivat omaa työyksikköään keuhko-ahtaumatautipotilaan hoitoon liittyen. 76.4 % vastaajista koki hallitsevansa hyvin keuhko-ahtaumatauti potilaan hoidon ja samoin 76.4 % vastaajista saa mielestään tukea ja arvostusta työkavereiltaan. Viimeisen kolmen vuoden aikana 70.9 % vastaajista on päässyt keuhko-ahtaumatautiin liittyvään koulutukseen, viimeisen vuoden aikana 46.4 %. Tukea ja arvostusta esimieheltään vastasi saavansa **aina/usein** 60.9 % vastaajista, kun taas **ei koskaan / harvoin** tukea koki saavansa 15.5 % vastaajista. Vastaajista 22.7 % ilmoittaa, ettei osallistu keuhko-ahtaumatautipotilaan hoidon kehittämiseen työyksikössään. (ks. liite 10)

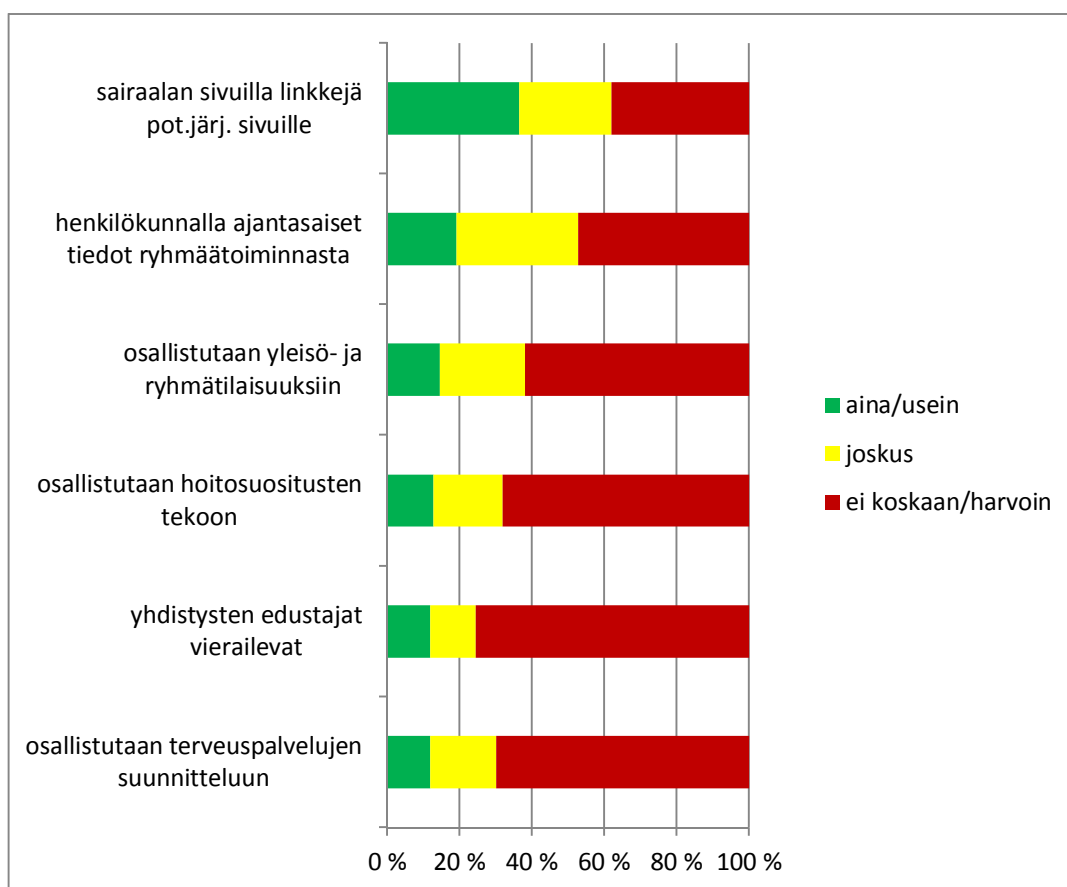


KUVIO 10. Oman työyksikön toiminnan arviointia keuhko-ahtaumatautipotilaan hoitoon liittyen

6.6 Yhteistyö

Vastaajia pyydettiin arvioimaan yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, vastaukset käyvät ilmi kuviossa yksitoista. Useimmin **(aina tai usein)** arvioitiin toteutuvan linkitykset potilasjärjestöjen sivuille sairaalan sivuilta (36.4 %). Viidennes vastaajista (19.1 %) arvioi henkilökunnalla olevan ajantasaiset tiedot ryhmätoiminnasta.

Ei koskaan/ harvoin - vastauksia paljon joka kohdassa. Potilasjärjestöjen edustajat eivät vieraile työyksiköissä (75.5 %), terveystalvelujen suunnittelua (70.0 %) ja hoitosuosituksen tekoon osallistumista (68.2 %) ei tehdä yhteistyössä potilasjärjestöjen edustajien kanssa. 61.8 % vastaajista ilmoittaa, ettei omasta työyksiköstä osallistuta ryhmä- tai yleisötilaisuuksiin keuhkohtaumataudin hoitoon liittyen. (ks. liite 11)



KUVIO 11. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa

7 POHDINTA

7.1. Luotettavuus

Kyselylomakkeen tulee olla **validi** eli sen tulee mitata juuri tutkittavaa asiaa kattavasti ja tehokkaasti. Kysymysten on siis pohjauduttava teoriaan ja katettava siinä käsitellyt asiat (Hirsjärvi ym 2010,231; Heikkilä 2008, 30; Menetelmäopetuksen tietovaranto 2011; Metsämuuronen 2003, 43.) Validiteetti voidaan jakaa kahteen osaan: sisäinen validiteetti kuvastaa tutkimuksen omaa luotettavuutta ja ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimus yleistettävissä ja jos on, niin mihin ryhmiin (Metsämuuronen 2003, 35).

Sisäistä validiteettia arvioitaessa arvioidaan sitä onko käytetty menetelmä ja tutkimusstrategia ollut sopiva selvittämään sitä asiaa, jota ollaan tutkimassa. Tällä kyselyllä on saatu kattava, vaikkakaan ei yleistettävä otos keuhkohoitajien käsityksistä keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan hoitoon liittyvistä osa-alueista. Validiteetin arviointiin kuuluu myös tutkijan oma kriittinen arvio siitä näyttääkö tulos oikealta. Tulokset vastaavat omaa kokemustani tämän hetkisestä tilanteesta keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämisessä, potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Tämän tutkimuksen ulkoista validiteettia heikentää se, etteivät kaikkien keuhkosairauksien parissa työskentelevien hoitajien yhteystiedot ole olleet käytettävissä, eli tutkimus ei ole yleistettävissä koko perusjoukkoon.

Kyselylomakkeen **reliabiliteetti** tarkoittaa mittarin luotettavuutta, toistettavuutta ja käyttövarmuutta (Hirsjärvi ym 2010,231). Jos kysely on reliaabeli, siihen annetut vastaukset eroavat vain sen vuoksi, että vastaajilla on erilaisia mielipiteitä, ei siksi että kysymykset ovat moniselitteisiä tai monitulkintaisia.

Reliabiliteetissa on erotettavissa kaksi tekijää; stabiliteetti ja konsistenssi. Stabiliteetti kuvaa mittarin pysyvyyttä ajassa. Stabiilissa mittarissa ei näy satunnaisvirheiden vaikutukset (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2011.) Sen mittaamiseksi tulisi tehdä useampia ajallisesti peräkkäisiä mittauksia, tässä opinnäytetyössä siihen ei ole resursseja. Konsistenssi tarkoittaa yhtenäisyyttä (Menetelmäopetuksen tietovaranto

2011.) Tässä työssä tähän arviointiin käytetään Cronbachin alfakerrointa. Se lasketaan muuttujien välisten korrelaatioiden ja väittämien lukumäärän perusteella. Arvot ovat 0-1 ja mitä lähempänä lukua 1 arvo on, sitä korkeampi on reliabiliteetti (Heikkilä 2008, 187). Cronbachin alfa kertoimien mukaan kyselylomake on siis yhtenäinen. (taulukko 4)

TAULUKKO 4. Cronbachin alfa kertoimet Terveystyömalli keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa – kyselylomakkeen eri osioissa

Osio	Osion kysymysten lkm	Cronbachin alfa
omahoidon tukeminen	28	0,882
palveluvalikoima	22	0,808
päätöksenteon tuki	14	0,825
organisatoriset tekijät	16	0,793
yhteistyö	6	0,783
koko lomake	86	0,926

Kyselyn ensimmäisenä päivänä kyselyssä ilmeni teknisiä ongelmia ja ensimmäiset vastaajat joutuivat sen vuoksi keskeyttämään. Tekninen ongelma olisi voitu kyselyn esitestauksella huomata ja poistaa, mutta se jäi tekemättä.

Keskenjääneitä vastauksia tuli kuitenkin koko kyselyn ajan. Kysely lähetettiin vastaajien työ sähköpostiin ja se on ilmeisesti koettu liian raskaaksi ja aikaa vieväksi työpäivän ohessa vastata. Vaikka kysymykset käsittelevätkin vastaajan jokapäiväistä työtä, on kysymykset silti voitu kokea vaativiksi. Aineiston keruun reliabiliteettia on siis ollut heikentämässä kyselyyn vastaamiseen kuluva pitkä aika, mahdolliset ongelmat kysymysten ymmärtämisessä sekä työpaikalla tapahtuvan vastaamisen aiheuttamat keskeytykset ja kiire.

Vastaaminen olisi helpottunut, jos kysely olisi ollut lyhyempi ja käsitteistöltään helpompi. Samalla olisi kuitenkin heikentynyt tutkimuksen validiteetti, koska kysymysten on pohjaututtava teoriaan ja katettava siinä käsitellyt asiat.

7.2. Tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli koota tietoa keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteutumista ja hoitajien näkemyksiä siitä, miten terveyshyötymallin eri osa-alueet toteutuvat keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa heidän työyksiköissään.

Omahoidon tukemisessa keskeistä on potilaan itsensä toteuttama, terveydenhuollon ammattilaisen kanssa yhdessä suunnittelema ja senhetkiseen tilanteeseen parhaiten sopiva näyttöön perustuva hoito. Hoitaja ohjaa ja valmentaa potilasta huomioiden potilaan voimavarat ja kunnioittaen hänen autonomiaansa (Routasalo ym 2009, 2351- 2359). Tämän tutkimuksen mukaan parhaiten toteutuu keuhkohtaumatautipotilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja potilaiden motivointi omahoitoon. Tulosten perusteella voidaan arvioida että potilaan autonomiaa kunnioitetaan, koska hänen oma näkemyksensä hoidon tarpeesta ja tavoitteista huomioidaan. Silti eri hoitovaihtoehtoista kertominen, niin että potilaalla olisi vapaus valita, ei vielä tämän tutkimuksen mukaan ole jokapäiväinen käytäntö. Muutos autoritäärisestä hoitosuhteesta tasavertaiseen vuorovaikutukseen vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta näkökulman muuttamista hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen.

Vastaajista 30.9 % arvioi omahoitoa tukevaan materiaaliin tutustumisen yhdessä potilaan kanssa toteutuvan aina tai usein omassa työyksikössään ja peräti 27.3 % vastasi, ettei tämä toteudu koskaan tai toteutuu harvoin. Tämä tulos voi johtua siitä, että potilaalle kyllä annetaan kirjallista materiaalia, mutta siihen tutustuminen ja läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa jäävät ajanpuutteen vuoksi toteuttamatta. Samansuuntainen tulos oli potilaan ohjaamisessa hakemaan lisätietoa esimerkiksi internetin tai potilasjärjestöjen kautta. Siinä lähes 40 % vastaajista vastasi, ettei tämä toteudu koskaan tai toteutuu harvoin. Tähän oli jatkossa syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Omahoidon ohjauksen osa-alueista parhaiten arvioitiin toteutuvan läkehoidon ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvä ohjaus. Tupakoinnin lopettaminen onkin taudin ennusteeseen merkittävimmin vaikuttava tekijä (Käypähoito-suositus 2009; Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2010; Chronic respiratory diseases 2011). Vähimmälle jää liikuntaan ja potilasjärjestöjen toimintaan liittyvät

osa-alueet. Tämä näkyy myös yhteistyöhön liittyvän kysymysten vastauksissa. Kolmannen sektorin toimijoiden kanssa yhteistyö jää vähäiseksi kaikilta osiltaan. Terveystyömallin mukaan muiden yhteisöjen panos hoidon organisoinnissa on huomioitava ja muun muassa potilasjärjestöjen toiminta on tukemassa hoidon organisointia. Terveystyöhenkilöstön tehtävänä on ohjata potilaita käyttämään hoitoa ja terveyttä tukevia, myös muiden sektorien tuottamia palveluita (Dancer & Courtney 2010, 580- 585; Koikkalainen ym 2011,24; THL 2012.)

Palveluvalikoiman osalta esiin nousee erityisesti johdon huono sitoutuminen toiminnan kehittämiseen. Kuitenkin muutos toiminnan kehittämiseksi vaatii näkyvän tuen kaikilla tasoilla ylimmästä johdosta alkaen (Dancer & Courtney 2010,580- 585; THL 2012). Tulosten mukaan resursointi koetaan riittämättömäksi, mutta samaan aikaan toimintoja ei kehitetä niin, että ohjauksia voitaisiin toteuttaa ryhmissä ja osa toiminnoista voitaisiin toteuttaa sähköisesti. Monikaan vastaajista ei tunnu tietävän mikä on asiakasvastaava (case manager) tai onko omalla alueella sellaista toimintaa. Kuitenkin esimerkiksi nämä toimintamuodot vapauttaisivat resursseja ja toiminnan painopistettä voitaisiin entistä paremmin keskittää ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen diagnostiikkaan (Corine ym 2007,385- 395; Muurinen & Mäntyranta 1-24.)

Alueellisia koulutuksia järjestetään vastaajien mukaan, mutta samalla vastauksista nousee esiin, etteivät yli puolet vastaajista joko tiedä alueellisesta hoitoketjusta tai se ei heidän mukaansa toteudu. Samoin yhteneväiset käytännöt loppuvaiheen tai pahenemisvaiheiden hoitoon ovat joko vastaajalle vieraita tai eivät vastaajan mielestä toteudu. Näihin asioihin on jatkossa syytä panostaa entistä paremmin alueellisten koulutusten sisältöjä mietittäessä.

Tietojärjestelmien käyttötaidot ja tiedonhallinta ovat keskeisessä asemassa nykyisin työelämässä. Sähköiset potilastietojärjestelmät koetaan pääosin helpottavan ja nopeuttavan tiedon välittämistä ja päätöksenteon tukena osataan hyödyntää internetistä löytyvää ajantasaista tutkittua tietoa. Nykyisten toimintaprosessien ja tietojärjestelmien uudistaminen rinnakkain mahdollistaisi toimivien ja taloudellisesti tehokkaiden toimintojen kehittämisen (Miettinen & Korhonen 2005, 72–75).

Henkilöstön riittävyys on terveydenhuollossa jatkuvasti esiin nouseva asia. Tämän kyselyn vastaajista vain alle kolmannes oli sitä mieltä, että käytössä on riittävä henkilöstö aina tai usein. Henkilöstön vaihtuvuus voi olla vaarantamassa hoidon laatua. Vastaajista vain 28 % oli sitä mieltä, ettei näin käy.

Vastaajien taustatiedoista nousee esiin, että vaikka työkokemusta hoitotyön parissa on yli kymmenen vuotta 75 %:lla vastaajista, on alle kymmenen vuotta keuhkosairauksien parissa työskennelleitä kuitenkin 51 %. Tämä herättää kysymyksen onnistuutaanko pitkän työuran keuhkosairauksien parissa tehneiden arvokas osaaminen ja hiljainen tieto siirtämään nuoremmille. Positiivista on, että keuhkohtaumatautiin liittyviin koulutuksiin on päästy hyvin: 70.1 % vastaajista viimeisen kolmen vuoden aikana ja 46.4 % viimeisen vuoden aikana. Vastaajat kokevatkin hallitsevansa keuhkohtaumatautipotilaan hoidon ja saavat tukea ja arvostusta työkavereiltaan. Tämä tulos on erisuuntainen kuin aiemmat keuhkopotilaan hoitoon liittyvät tutkimukset, joissa hoitajat kokivat kaipaavansa niin lisäkoulutusta, moni ammatillista yhteistyötä kuin tukea johdolta ja työkavereilta. (Lundh ym 2006, 237- 246; Zakrisson & Hägglund 2010, 147- 155.)

7.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimus ehdotukset

Tämä opinnäytetyö liittyy osana Filha ry:n hallinnoimaan Hengitys ja terveys hankkeeseen, jolla pyritään asiakaslähtöisesti vaikuttamaan hengityssairauksien ennaltaehkäisyyn, hoidon järjestämiseen ja kuntoutukseen suomalaisessa terveydenhuollossa keskittyen jo sairastuneen tai riskissä olevan henkilön tilanteen parantamiseen.

Filha ry:llä on tarkoitus lähteä jatkossa luomaan ammatillista perusosaamista vahvistava koulutuskokonaisuus keuhkohtaumataudista. Koulutuskokonaisuuden kohdeyryhmänä ovat hoitotyön opiskelijat ja hoitajat perus- ja erikoissairaanhoidossa. Sisältö toimii hoitotyön opetuksen työvälineenä, hoitajien perehdytyksessä ja työkaluna hoitajien oman osaamisen arvioinnissa ja vahvistamisessa. Nyt saatuja tuloksia voidaan hyödyntää koulutuskokonaisuuden suunnittelussa ja myös alueellisten koulutusten ja yhteistyön järjestelyissä.

Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta on huomio koulutusten suunnittelussa kiinnitettävä erityisesti seuraaviin asioihin:

1. Sähköisten tietojärjestelmien hyötykäyttö
 - a) päätöksenteon tukena
 - b) toiminnan organisoinnin ja tehostamisen tukena
 - c) potilaan ohjaamisen apuna
2. Alueelliset hoitoketjut, alueellinen yhteistyö ja yhteneväiset toimintatavat
 - a) keuhkohtaumatautipotilaan hoito ja ohjaus
 - b) pahenemisvaiheiden ennaltaehkäisy ja hoito
 - c) loppuvaiheen hoito
3. Kolmannen sektorin kanssa tehtävä yhteistyö
 - a) potilasjärjestöihin liittyvä ohjaus
 - b) yhteistyö hoidon suunnittelussa ja organisoinnissa

Tämän tutkimuksen tulosten joukossa oli vain kolmen perusterveydenhuollon hoitajan vastaukset. Jatkossa olisi mahdollista uusaa kysely niin, että mukaan saataisiin enemmän perusterveydenhuollon keuhkohtaumataudista vastaavia hoitajia ja näin saataisiin valtakunnallisestikin kattava selvitys siitä, miten yhteistyö ja hoidon organisoinnin muutos ovat edenneet ja onko terveyshyötymallin implementointi keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon tuonut muutosta hoidon toteuttamiseen.

LÄHTEET

Adams, S., Smith, P., Allan, P., Anzueto, A., Pugh, J., Cornell, J. 2007. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease prevention and management. Archives of internal medicine, 167,26, 551-560.

AGREE Collaboration. 2009. Appraisal of guidelines for Research & Evaluation 2. (AGREE). AGREE Collaboration. Viitattu 5.4.2012. www.agreetrust.org/?o=1397

Baumann, L., Dang, T. 2012. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. The Nurse Practitioner, the American Journal of Primary Healthcare 37, 32-38

Braman, S., Lee, D. 2010. Primary care management of chronic obstructive pulmonary disease; an integrated goal-directed approach. Current opinion in pulmonary medicine 16,83-88.

Chronic respiratory diseases. Burden. 2011. World Health Organization. Viitattu 4.4.2012. [Http://who.int/respiratory/copd/en](http://who.int/respiratory/copd/en)

Coleman, K., Austin, B., Brach, C., Wagner, E. 2009. Evidence on the chronic care Model in the new Millenium. Health Affairs 28, 75-85.

Corine, H., Latour, D., Van der Windt, D., de Jonge, P., Riphagen, I., de Vos, R., Huyse, F., Saltman, W. 2007. Nurse-led case management for ambulatory complex patients on general helth care: a systematic review. Journal of Psychosomatic Research 62, 385-395.

Cotton, M., Bucknall, C., Dagg, K.2000. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled study. Thorax 55, 902–906.

Dancer, S., Courtney, M. 2010. Improving diabetes patient outcomes: Framing research into the chronic care model. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22, 580-585.

Effing, T., Monninkhof E., van der Valk P., Zielhuis G., Walters E., van der Palen J., Zwerink M. 2009. Systematic review of Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

<http://summaries.cochrane.org/CD002990/self-management-education-for-patients-with-chronic-obstructive-pulmonary-disease>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2010. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

Viitattu 2.2.2012. <http://www.goldcopd.org>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Kariston Kirjapaino Oy. 15-16.painos. Hämeenlinna.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima oy. Helsinki

Jyväskylän yliopisto. Viitattu 18.9.2012. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori>

Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. www.stm.fi/julkaisut

Keski- Suomen sairaanhoitopiiri: hoitokartat. Viitattu 23.5.2012.

<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=35502>.

Kinnunen, T. 2007. Keuhkohtaumataudin sairaalahoito suomessa: hoitoajan pituus ja sen yhteys ennusteeseen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P., Kettunen, T., Honkanen, P., Kumpusalo, E. 2011. Rautaista ammattitaitoa – terveyskeskustyö kestävän kehityksen polulla. Rampe- hankkeen alkuselvityksen tuloksia.

Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkohtaumatauti 1998-2007. Valtakunnallinen ehkäisy- ja hoito-ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1998:4.

Käypä hoito- suositukset. Keuhkohtaumatauti. 2009. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.4.2012. [http:// www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Käypä hoito- suositukset. Tupakka. 2012 Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.4.2012. [http:// www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Käypähoito käsikirja.2004. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.4.2012.
http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/F10436/KH-kasikirja_2004_net.pdf

Lampela, P. 2009. Keuhkohtaumataudin sairaalahoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Lundh, L., Rosenhall, L. & Törnkvist, L. 2006. Care of patients with chronic obstructive pulmonary disease on primary health care. Journal of Advanced Nursing 56, 237-246.

McEvoy, P., Barnes, P. 2007. Using the Chronic care model to tackle depression among older adults who have long- term physical conditions. Journal of psychiatric and mental health nursing 14, 233- 238.

Menetelmäopetuksen tietovaranto 2011. Viitattu 21.1.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2.painos. Gummeruksen kirjapaino oy. Jyväskylä

Miettinen, M., Korhonen, M. 2005. Käypähoito- suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa. Tapaustutkimus Käypä hoito -suositusten käytöstä ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksistä päätöksenteon tuesta. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisu. Kuopio.

Musakka, P. 2008. Keuhkohtaumatauti ja krooninen keuhkoputkentulehdus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.2.2012. <http://www.KTL.fi/portal/12052>.

Mutka, A. 2010. Kanerva - KASTE- hanke = kroonisten kansansairauksien ehkäisy ja varhainen hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) erityisvastuualueella Viitattu 23.5.2012.
<http://www.steshsf.fi/uploads/koulutusmateriaali/verkostotapaamiset/2010/Jyv%C3%A4skyl%C3%A4/KanervaKASTE-hanke%20Keski-Suomessa-Anu%20Mutka-2010-11-15.pdf>..

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Viitattu 6.2.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R.P. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.4.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/arttunnus/4693a68c-60a7-11de-8d93-611da34ece74/Oppaat>

Oksman, E. & Sisso, M. Terveystyömalli. Potku, potilas kuljettajan paikalle. Väli-suomen Kaste-hanke 2010- 2012. Viitattu 6.2.2012.

<http://www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli>

Postma, D., Ten Hacken, N., Kerstjens, H., Koeter G. 1999. Home treatment of COPD exacerbations. Thorax 54,8–13.

Risikko, P. 2010. Terveystyömalli vahvistaa terveyskeskuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 200/2010, 15.6.2010. Viitattu 6.2.2012.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/view/1513844>

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T., Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim 125,2351-9.

Sala, E., Alegre, L., Carrera, M. 2001 Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. European Respiratory Journal 17,1138–1142.

Sillanaukea, P. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon kumppaneina -syntyykö terveyshyötyä? Viitattu 22.3.2012.

<http://www.terveysjatalous.fi/docs/Perusterveydenhuolto%20ja%20erikoissairaanhoidon%20kumppaneina%20-%20syntyyk%C3%B6%20terveyshy%C3%B6ty%C3%A4%20Sillanaukea.pdf>

Skwarska, E., Cohen, G., Skwarski, K. 2000. Randomised controlled trial of supported discharge of patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 55,907–912.

Spence, A., Hasson, F., Waldron, M., Kernohan, W., McLaughlin, D., Watson, B. 2009. Professionals delivering palliative care to people with COPD: qualitative study. Palliative Medicine 2009 23, 126–131.

Standart for the diagnosis and management of patients with copd. 2004. American thoracic society and European respiratory society. Viitattu 2.10.2012.

<http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/index.php>

Säynäjäkangas, O., Andersen,H., Lampela,P., Keistinen,T. 2011. Terveystyömalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. Suomen lääkärilehti 8, 664- 665.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012. Viitattu 2.2.2013.

<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf>

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino oy. Jyväskylä.

Wong, C., Carson, K., Smith, B.2011. Systematic review. Does delivery of home care by outreach nurses improve outcomes for people with chronic obstructive pulmonary disease? Viitattu 13.4.2012. <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>

Zakrisson, A-B., Hägglund, D. 2010. The asthma/copd nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24,147-155.

Österlund,E.,Hillervik,C.,Ehrenberg,A. 2008. Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. Scandinavian Journal of Caring Sciens 22, 178–185

Liite1. kyselylomake

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Arvioi mahdollisimman rehellisesti tämänhetkistä toimintaa omassa työyksikössäsi. Oikeaa tai väärää vastausta ei ole ja jokainen vastaus on tärkeä!

KYSELYLOMAKE

Taustatiedot:

sukupuolesi nainen/mies

ikäsi: _____ (kaksi numeroinen luku)

koulutuksesi: (valitse korkein tämänhetkinen koulutuksesi)

 lähihoitaja

perushoitaja

sairaanhoitaja, opistoaste

sairaanhoitaja AMK

sairaanhoitaja YAMK

terveydenhoitaja, opistoaste

terveydenhoitaja AMK

terveydenhoitaja YAMK

muu, mikä? _____

työskentelet tällä hetkellä

erikoissairanhoidossa

perusterveydenhuollossa

Minkä sairaanhoitopiirin alueella työskentelet? (valikko kaikista)

työpisteesi on tällä hetkellä

vuodeosasto

poliklinikka

terveyskeskuksen vastaanotto

muu, mikä? _____

Työkokemuksesi hoitotyössä kokonaisuudessaan _____ v _____ kk

työkokemuksesi keuhkosairauksien hoitotyössä _____ v _____ kk

Omahoidon tukeminen

Arvioi miten usein seuraavat osa-alueet toteutuvat työyksikössäsi keuhkohtaumatauti potilaan hoidossa

toteutuu aina = 5

toteutuu usein=4

toteutuu joskus=3

toteutuu harvoin=2

ei toteudu koskaan=1

- 1.potilaan yksilölliset tarpeet tulevat huomioiduksi
- 2.potilaan olemassa olevat voimavarat tulevat huomioiduksi
- 3.potilasta motivoidaan omahoitoon
- 4.potilaan omahoidon esteenä olevia asioita pyritään selvittämään
- 5.potilaan kanssa tutustutaan omahoitoa tukevaan ohjausmateriaaliin
- 6.potilasta ohjataan hakemaan lisätietoa (esim. internet, potilasjärjestöt)
- 7.potilaan oma näkemys hänen hoidontarpeestaan huomioidaan
- 8.potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista huomioidaan
- 9.potilaalle kerrotaan eri hoitovaihtoehtoista, joista hänellä on mahdollisuus valita hänelle sopivin
- 10.potilaalta tarkistetaan onko hän omaksunut ohjauksen

Kuinka usein arvelet seuraavien tekijöiden vaikuttavan keuhkohtaumatauti potilaan omahoidon onnistumiseen heikentävästi?

vaikuttaa aina =5

vaikuttaa usein=4

vaikuttaa joskus=3

vaikuttaa harvoin=2

ei vaikuta koskaan=1

1. Potilaan fyysiset esteet omaksua ohjausta (esim. sairaudesta johtuvat oireet)
2. Potilaan psyykkiset esteet omaksua ohjausta (esim. masennus)
3. Potilaan kyky omaksua asioita on rajoittunut (esim. sairauden vuoksi)
4. Potilas ei ole saanut riittävästi tietoa voidakseen hallita omahoitoon liittyviä asioita
5. Potilaan motivaation puute
6. Potilaan elämäntilanteeseen liittyvät taloudelliset asiat
7. Potilaan päihteiden käyttö
8. Potilaan erilainen kulttuuritausta
9. muu, mikä? _____

**Arvioi kuinka usein seuraavat osa-alueet sisältyvät riittävässä määrin keuhkoah-
taumatautipotilaan omahoidon ohjaukseen sinun työyksikössäsi**

aina =5

usein=4

joskus=3

harvoin=2

ei koskaan=1

1.liikunta

2.ravitsemus

3.potilasjärjestöjen toiminta

4.sosiaaliturva

5.omaisten mukaanotto ohjaukseen

6.tupakoinnin lopettaminen

7.lääkehoito

8.pahenemisvaiheiden ennaltaehkäisy

9. pahenemisvaiheiden hoito

10. sairauden ennuste

11. muu, mikä? _____

Palveluvalikoima

**Arvioi oman työyksikkösi toimintaa. Miten usein seuraavat asiat toteutuvat keuhko-
kohtaumatautipotilaan hoidon järjestämisessä?**

aina =5

usein=4

joskus=3

harvoin=2

ei koskaan=1

1. työtä tehdään moni ammatillisena tiiminä
2. resursointi on riittävää
3. hoidon suunnittelu on potilaskeskeistä
4. henkilöstön osaamisesta huolehditaan koulutuksen avulla
5. henkilöstön osaamisesta huolehditaan perehdytyksen avulla
6. potilaan siirtyessä pois työyksiköstäni hoidon jatkuvuus on turvattu
7. organisaation johto on sitoutunut toiminnan kehittämiseen
8. ajanvarausjärjestelmä on toimiva
9. osa palveluista voidaan toteuttaa sähköisesti
10. potilaalla on mahdollisuus saada puhelinneuvontaa
11. potilaalla on mahdollisuus osallistua ryhmäohjaukseen
12. potilaan omaisilla on mahdollisuus osallistua ohjaukseen

Arvioi keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämistä alueellasi. Miten seuraavat asiat toteutuvat?

kyllä toteutuu =4

ei toteudu, mutta asiaa kehitellään parhaillaan =3

ei toteudu =2

en osaa sanoa=1

1. alueellinen hoitoketju keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon on määritelty
2. ennaltaehkäisyyn panostetaan
3. varhaiseen diagnostiikkaan panostetaan
4. kotisairaanhoido/kotipalvelu tukee potilaan kotona selviytymistä
5. alueellisilla koulutuksilla huolehditaan henkilöstön osaamisesta
6. pahenemisvaiheiden hoidossa on alueellisesti sovittu käytäntö
7. loppuvaiheen hoitoon on yhteneväiset toimintatavat sekä perus- että erikoissairaanhoidossa
8. alueella on asiakasvastaava toiminta (case manager) moniongelmaisten potilaiden hoidon tehostamiseksi
9. alueella on kotisairaala, joka mahdollistaa myös vaikeasti sairaiden kotihoidon
10. hengityslaitehoitoihin liittyviä koulutuksia järjestetään niin että myös kotihoidon henkilöstöllä on riittävä osaaminen

Päätöksenteon tuki

Kuinka usein hyödynnät seuraavia tiedonlähteitä työssäsi keuhkoahtaumatautipotilaiden kanssa?

päivittäin=5

useamman kerran viikossa=4

useamman kerran kuukaudessa=3

harvemmin=2

en koskaan=1

1. Terveysportti
2. Käypä hoito- suositukset
3. muut internet sivustot, esimerkiksi potilasjärjestöjen sivut
- 3.sairaalasi/terveyskeskuksesi omat ohjeet
4. toisen hoitajan konsultaatio
5. sosiaalityöntekijän konsultaatio
6. fysioterapeutin konsultaatio
7. ravitsemusterapeutin konsultaatio
8. kuntoutusohjaajan konsultaatio
9. lääkärin konsultaatio
10. hoitotyön julkaisut ja lehdet
11. työyksikkösi perehdytysohjelma
12. sisäiset koulutukset esim. osastotunti
13. ulkoiset koulutukset
- 14.muu, mikä? _____

**Mitä uusia toimintoja sähköiset tietojärjestelmät ovat tuoneet mukanaan keuhko-
ahtaumapotilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen alueellasi?**

Organisatoriset tekijät

Arvioi miten seuraavat asiat toteutuvat nykyisessä työyksikössäsi

toteutuu aina=5

toteutuu usein =4

toteutuu joskus=3

toteutuu harvoin=2

ei toteudu koskaan=1

1. työhön on varattu riittävä henkilöstö
2. henkilöstön vaihtuvuus ei vaaranna työn laatua
3. työyksikön tilat ovat toimintaan soveltuvat
4. käytettävissä on riittävät tutkimus ja hoitolaitteet
5. potilaspalautejärjestelmä on käytössä
6. saatu potilaspalaute käsitellään työyhteisössä ja sen perusteella tehdään muutoksia/parannuksia toimintaan
7. työyksikössä on kirjattuna yhteiset arvot
8. työyksikössä on kirjattuna strategia joka ohjaa toimintaa
9. uusia työntekijöitä/sijaisia/opiskelijoita perehdytetään keuhkohtaumataudin hoitoon
10. työyksikössä on keuhkohtaumatautiin nimetty vastuhenkilö

Arvioi miten seuraavat asiat toteutuvat yksikössäsi keuhkohtaumatauti potilaan hoitoon liittyen

toteutuu aina=5

toteutuu usein =4

toteutuu joskus=3

toteutuu harvoin=2

ei toteudu koskaan=1

1 olen päässyt osallistumaan keuhkohtaumataudin hoitoon liittyvään koulutukseen viimeisen vuoden aikana

2 olen päässyt osallistumaan keuhkohtaumataudin hoitoon liittyvään koulutukseen viimeisen kolmen vuoden aikana

3 koen hallitsevani keuhkohtaumatautipotilaan hoidon

4 koen saavani tukea ja arvostusta työssäni keuhkohtaumatauti potilaan kanssa esimieheltäni

5 koen saavani tukea ja arvostusta työssäni keuhkohtaumatauti potilaan kanssa työkavereiltani

6 osallistun keuhkohtaumatautipotilaan hoitotyön kehittämiseen työyksikössäni

Yhteistyö

Arvioi yhteistyötä kolmannen sektorin paikallisten toimijoiden kanssa alueellasi

toteutuu aina=5

toteutuu usein =4

toteutuu joskus=3

toteutuu harvoin=2

ei toteudu koskaan=1

1. Työyksiköstäni osallistutaan alueemme potilas- ja kansalaisjärjestöjen yleisö- ja ryhmätilaisuuksiin
2. Työyksiköstäni osallistutaan paikallisten hoitosuositusten suunnitteluun ja tekoon yhteistyössä potilas- ja kansalaisjärjestöjen edustajien kanssa
3. Työyksiköstäni osallistutaan paikallisten terveysten palvelujen toiminnan suunnitteluun yhteistyössä potilas- ja kansalaisjärjestöjen edustajien kanssa
4. Työyksikössäni hoitohenkilöstöllä on käytössä ajantasaiset tiedot paikkakunnan terveydenedistämiseen ja sairauksien hoitoon liittyvästä ryhmätoiminnasta
5. Sairaalan/terveyskeskuksen internet sivuilla on linkkejä potilasjärjestöjen sivuille
6. Hengitysyhdistysten edustajat vierailevat työyksikössäni tapaamassa potilaita ja henkilöstöä

Kiitos vastauksestasi!

LIITE 2 Saatekirjeet

Hyvä keuhkohoitaja

Tämä kysely liittyy Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnoissa suoritettavaan opinnäytetyöhön ”Terveyshyötymalli keuhko-ahtaumatautipotilaan hoidossa”.

Kysely on suunniteltu ja toteutetaan yhteistyössä Filha ry: n kanssa ja se kohdistuu syksyllä 2010 perustetun Keuhkohoitajaverkoston hoitajiin ja heidän alueidensa keuhkoahtaumataudista vastaaviin hoitajiin perusterveydenhuollossa.

Kyselyn tavoitteena on kerätä tietoa keuhkohoitajilta keuhkoahtaumatautipotilaan hoidon toteutumisesta keuhkohoitajan näkökulmasta. Saatuja tuloksia Filha ry hyödyntää keuhkoahtaumatautiin liittyvän koulutuskokonaisuuden laatimisessa.

Kyselyyn pääsee vastaamaan alla olevan linkin kautta. Vastaaminen vie vain noin 10 minuuttia. Vastaajan henkilö- ja yhteystiedot eivät tule esille vastauksia käsiteltäessä eikä yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksia raportoidessa. Tutkimuksen tulokset valmiin opinnäytetyön muodossa ovat luettavissa keväällä 2013 Filha ry:n www- sivuilta ja ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistosta osoitteessa www.theseus.fi

Vastaathan xx.xx. mennessä.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi

Kati Matilainen, sairaanhoitaja

YAMK, opiskelija (kliinisen hoitotyön asiantuntija)

Kati.Matilainen@ksshp.fi

Ulla Veteläsuo, projektivastaava. Filha ry

Ulla.vetelasuo@filha.fi

Ohjaajat:

Hanna Hopia , JAMK

Hanna.Hopia@jamk.fi

Johanna Heikkilä, JAMK

Johanna.heikkila@jamk.fi

Hyvä keuhkohoitaja

Sait xx sitten sähköpostitse linkin jonka kautta pääsee vastaamaan kyselyyn, joka liittyy Jyväskylän ammattikorkeakoulussa suoritettavaan ylemmän ammattikorkeakoulu tutkinnon opinnäytetyöhön ”Terveysshyötymalli keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa”.

Et ole vielä ehtinyt vastaamaan kyselyyn, toivottavasti pystyt nyt osallistumaan. Vastaaminen vie vain noin 10 minuuttia.

Kysely on suunniteltu ja toteutetaan yhteistyössä Filha ry: n kanssa ja se kohdistuu syksyllä 2010 perustetun Keuhkohoitajaverkoston hoitajiin ja heidän alueidensa keuhkohtaumataudista vastaaviin hoitajiin perusterveydenhuollossa.

Kyselyn tavoitteena on kerätä tietoa keuhkohoitajilta keuhkohtaumatautipotilaan hoidon toteutumisesta keuhkohoitajan näkökulmasta. Saatuja tuloksia Filha ry hyödyntää keuhkohtaumatautiin liittyvän koulutuskokonaisuuden laatimisessa.

Vastaajan henkilö- ja yhteystiedot eivät tule esille vastauksia käsiteltäessä eikä yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksia raportoitaessa. Tutkimuksen tulokset valmiin opinnäytetyön muodossa ovat luettavissa keväällä 2013 Filha ry:n www- sivuilta ja ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistosta osoitteessa www.theseus.fi

Vastaathan xx.xx. mennessä.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi

Kati Matilainen, sairaanhoitaja

YAMK, opiskelija (kliinisen hoitotyön asiantuntija)

Kati.Matilainen@ksshp.fi

Ulla Veteläsuo, projektivastaava. Filha ry

Ulla.vetelasuo@filha.fi

Ohjaajat:

Hanna Hopia , JAMK

Hanna.Hopia@jamk.fi

Johanna Heikkilä, JAMK

Johanna.heikkila@jamk.fi

LIITE 3. Omahoidon tukemiseen liittyvät osa-alueet keuhkohtaumatautipotilaan hoidossa

yksilölliset tarpeet tulevat huomioiduksi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	4	3,6	3,6	3,6
3	32	29,1	29,1	32,7
Valid 4	66	60,0	60,0	92,7
5	8	7,3	7,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

voimavarat tulevat huomioiduksi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	6	5,5	5,5	5,5
3	45	40,9	40,9	46,4
Valid 4	53	48,2	48,2	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

potilasta motivoidaan omahoitoon

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	5	4,5	4,5	4,5
3	36	32,7	32,7	37,3
Valid 4	57	51,8	51,8	89,1
5	12	10,9	10,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

selvitetään omahoidon esteet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	18	16,4	16,4	16,4
3	39	35,5	35,5	51,8
Valid 4	50	45,5	45,5	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

omahoitoa tukevaan ohjausmateriaaliin tutustuminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	28	25,5	25,5	27,3
Valid 3	46	41,8	41,8	69,1
4	27	24,5	24,5	93,6
5	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

ohjataan hakemaan lisätietoa (esim.internet,potilasjärjestöt)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	5	4,5	4,5	4,5
2	38	34,5	34,5	39,1
Valid 3	47	42,7	42,7	81,8
4	17	15,5	15,5	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

oma näkemys hoidontarpeesta huomioidaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	3	2,7	2,7	2,7
3	41	37,3	37,3	40,0
Valid 4	59	53,6	53,6	93,6
5	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

oma näkemys hoidon tavoitteista huomioidaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	6	5,5	5,5	5,5
3	43	39,1	39,1	44,5
Valid 4	54	49,1	49,1	93,6
5	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

kerrotaan eri hoitovaihtoehtoista

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	24	21,8	21,8	21,8
3	39	35,5	35,5	57,3
Valid 4	40	36,4	36,4	93,6
5	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

varmistetaan onko omaksunut ohjauksen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	11	10,0	10,0	10,0
3	33	30,0	30,0	40,0
Valid 4	59	53,6	53,6	93,6
5	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 4. Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon onnistumiseen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä

fyysiset esteet omaksua ohjausta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	11	10,0	10,0	10,0
3	38	34,5	34,5	44,5
Valid 4	59	53,6	53,6	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

psyykkiset esteet omaksua ohjausta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	13	11,8	11,8	11,8
3	36	32,7	32,7	44,5
Valid 4	60	54,5	54,5	99,1
5	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

kyky omaksua asioita on rajoittunut

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	8	7,3	7,3	7,3
3	38	34,5	34,5	41,8
Valid 4	62	56,4	56,4	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Potilas ei ole saanut riittävästi tietoa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	26	23,6	23,6	23,6
3	51	46,4	46,4	70,0
Valid 4	31	28,2	28,2	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Potilaan motivaation puute

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	11	10,0	10,0	10,0
3	38	34,5	34,5	44,5
Valid 4	51	46,4	46,4	90,9
5	10	9,1	9,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Potilaan elämäntilanteeseen liittyvät taloudelliset asiat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	15	13,6	13,6	13,6
3	47	42,7	42,7	56,4
Valid 4	46	41,8	41,8	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Potilaan päihteiden käyttö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	28	25,5	25,5	27,3
Valid 3	42	38,2	38,2	65,5
4	33	30,0	30,0	95,5
5	5	4,5	4,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Potilaan erilainen kulttuuritausta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	5	4,5	4,5	4,5
2	51	46,4	46,4	50,9
Valid 3	31	28,2	28,2	79,1
4	21	19,1	19,1	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 5. Keuhkohtaumatautipotilaan omahoidon ohjauksen osa-alueet

liikunta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	26	23,6	23,6	23,6
3	37	33,6	33,6	57,3
Valid 4	36	32,7	32,7	90,0
5	11	10,0	10,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

ravitsemus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	12	10,9	10,9	11,8
Valid 3	37	33,6	33,6	45,5
4	41	37,3	37,3	82,7
5	19	17,3	17,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

potilasjärjestöjen toiminta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	10	9,1	9,1	9,1
2	43	39,1	39,1	48,2
Valid 3	39	35,5	35,5	83,6
4	15	13,6	13,6	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

sosiaalitytury

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	28	25,5	25,5	26,4
3	26	23,6	23,6	50,0
4	49	44,5	44,5	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

omaisten mukaanotto ohjaukseen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	18	16,4	16,4	17,3
3	38	34,5	34,5	51,8
4	45	40,9	40,9	92,7
5	8	7,3	7,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

tupakoinnin lopettaminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	1	,9	,9	,9
3	9	8,2	8,2	9,1
4	40	36,4	36,4	45,5
5	60	54,5	54,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

lääkehoito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	4	3,6	3,6	3,6
4	41	37,3	37,3	40,9
5	65	59,1	59,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

pahenemisvaiheiden ennaltaehkäisy

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	8	7,3	7,3	8,2
3	28	25,5	25,5	33,6
4	51	46,4	46,4	80,0
5	22	20,0	20,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

pahenemisvaiheiden hoito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	5	4,5	4,5	4,5
3	20	18,2	18,2	22,7
4	56	50,9	50,9	73,6
5	29	26,4	26,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

sairauden ennuste

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	12	10,9	10,9	12,7
3	47	42,7	42,7	55,5
4	37	33,6	33,6	89,1
5	12	10,9	10,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 6. Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestämiseen vaikuttavia tekijöitä työyksikössä

Työtä tehdään moniammatillisena tiiminä

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	7	6,4	6,4	7,3
3	19	17,3	17,3	24,5
4	45	40,9	40,9	65,5
5	38	34,5	34,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Resursointi on riittävää

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	3,6	3,6	3,6
2	26	23,6	23,6	27,3
3	51	46,4	46,4	73,6
4	23	20,9	20,9	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Hoidon suunnittelu on potilaskeskeistä

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	4	3,6	3,6	3,6
3	42	38,2	38,2	41,8
4	53	48,2	48,2	90,0
5	11	10,0	10,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Henkilöstön osaamisesta huolehditaan koulutuksen avulla

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	7	6,4	6,4	6,4
3	40	36,4	36,4	42,7
4	50	45,5	45,5	88,2
5	13	11,8	11,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Henkilöstön osaamisesta huolehditaan perehdytyksen avulla

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	15	13,6	13,6	13,6
3	36	32,7	32,7	46,4
Valid 4	46	41,8	41,8	88,2
5	13	11,8	11,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

potilaan siirtyessä pois työyksiköstäni hoidon jatkuvuus on turvattu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	11	10,0	10,0	10,0
3	40	36,4	36,4	46,4
Valid 4	50	45,5	45,5	91,8
5	9	8,2	8,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Organisaation johto on sitoutunut toiminnan kehittämiseen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	24	21,8	21,8	23,6
Valid 3	44	40,0	40,0	63,6
4	34	30,9	30,9	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Ajanvarausjärjestelmä on toimiva

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	4	3,6	3,6	4,5
Valid 3	46	41,8	41,8	46,4
4	42	38,2	38,2	84,5
5	17	15,5	15,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Osa palveluista voidaan toteuttaa sähköisesti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	12	10,9	10,9	10,9
2	30	27,3	27,3	38,2
3	42	38,2	38,2	76,4
4	24	21,8	21,8	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

mahdollisuus saada puhelinneuvontaa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	5	4,5	4,5	4,5
2	16	14,5	14,5	19,1
3	30	27,3	27,3	46,4
4	38	34,5	34,5	80,9
5	21	19,1	19,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

mahdollisuus osallistua ryhmäohjaukseen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	22	20,0	20,0	20,0
2	41	37,3	37,3	57,3
3	25	22,7	22,7	80,0
4	16	14,5	14,5	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

omaisilla on mahdollisuus osallistua ohjaukseen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	11	10,0	10,0	11,8
3	36	32,7	32,7	44,5
4	33	30,0	30,0	74,5
5	28	25,5	25,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 7. Keuhkohtaumatautipotilaan hoidon järjestäminen alueellisesti

*Alueellinen hoitoketju keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon on määritelty

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	25	22,7	22,7	22,7
2	20	18,2	18,2	40,9
Valid 3	23	20,9	20,9	61,8
4	42	38,2	38,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

*Ennaltaehkäisyyn panostetaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	19	17,3	17,3	17,3
2	27	24,5	24,5	41,8
Valid 3	33	30,0	30,0	71,8
4	31	28,2	28,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

*Varhaiseen diagnostiikkaan panostetaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	27	24,5	24,5	24,5
2	25	22,7	22,7	47,3
Valid 3	28	25,5	25,5	72,7
4	30	27,3	27,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

*Kotisairaanhoido/kotipalvelu tukee potilaan kotona selviytymistä

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	27	24,5	24,5	24,5
2	15	13,6	13,6	38,2
Valid 3	19	17,3	17,3	55,5
4	49	44,5	44,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

***Alueellisilla koulutuksilla huolehditaan henkilöstön osaamisesta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	12	10,9	10,9	10,9
2	23	20,9	20,9	31,8
Valid 3	32	29,1	29,1	60,9
4	43	39,1	39,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

***Pahenemisvaiheiden hoidossa on alueellisesti sovittu käytäntö**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	45	40,9	40,9	40,9
2	17	15,5	15,5	56,4
Valid 3	21	19,1	19,1	75,5
4	27	24,5	24,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

***Loppuvaiheen hoitoon on yhtenäiset toimintatavat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	42	38,2	38,2	38,2
2	34	30,9	30,9	69,1
Valid 3	24	21,8	21,8	90,9
4	10	9,1	9,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

***Alueella on asiakasvastaavatoiminta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	59	53,6	53,6	53,6
2	36	32,7	32,7	86,4
Valid 3	9	8,2	8,2	94,5
4	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

***Alueella on kotisairaala, joka mahdollistaa myös vaikeasti sairaiden kotihoidon**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	30	27,3	27,3	27,3
2	29	26,4	26,4	53,6
Valid 3	18	16,4	16,4	70,0
4	33	30,0	30,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

***Hengityslaittehoitoihin liittyviä koulutuksia järjestetään**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	39	35,5	35,5	35,5
2	39	35,5	35,5	70,9
Valid 3	16	14,5	14,5	85,5
4	16	14,5	14,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 8. Työssä hyödynnettävät tiedonlähteet

Terveysportti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	4	3,6	3,6	3,6
2	30	27,3	27,3	30,9
3	39	35,5	35,5	66,4
4	28	25,5	25,5	91,8
5	9	8,2	8,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Käypä hoito -suositukset

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	4	3,6	3,6	3,6
2	43	39,1	39,1	42,7
3	34	30,9	30,9	73,6
4	22	20,0	20,0	93,6
5	7	6,4	6,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

muut internetsivustot, esimerkiksi potilasjärjestöjen sivut

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	10	9,1	9,1	9,1
2	51	46,4	46,4	55,5
3	33	30,0	30,0	85,5
4	14	12,7	12,7	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

sairaalan/terveyskeskuksen omat ohjeet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	31	28,2	28,2	30,0
3	33	30,0	30,0	60,0
4	30	27,3	27,3	87,3
5	14	12,7	12,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

toisen hoitajan konsultaatio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	17	15,5	15,5	15,5
3	20	18,2	18,2	33,6
4	42	38,2	38,2	71,8
5	31	28,2	28,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

sosiaalityöntekijän konsultaatio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	38	34,5	34,5	36,4
3	45	40,9	40,9	77,3
4	22	20,0	20,0	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

fysioterapeutin konsultaatio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	4	3,6	3,6	3,6
2	18	16,4	16,4	20,0
3	48	43,6	43,6	63,6
4	34	30,9	30,9	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

ravitsemusterapeutin konsultaatio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	15	13,6	13,6	13,6
2	53	48,2	48,2	61,8
3	29	26,4	26,4	88,2
4	11	10,0	10,0	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

kuntoutusohjaajan konsultaatio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	14	12,7	12,7	12,7
2	32	29,1	29,1	41,8
3	30	27,3	27,3	69,1
4	28	25,5	25,5	94,5
5	6	5,5	5,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

lääkärin konsultaatio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
2	2	1,8	1,8	1,8
3	17	15,5	15,5	17,3
4	41	37,3	37,3	54,5
5	50	45,5	45,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

hoitotyön julkaisut ja lehdet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	8	7,3	7,3	7,3
2	58	52,7	52,7	60,0
3	30	27,3	27,3	87,3
4	11	10,0	10,0	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

työyksikkösi perehdytysohjelma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	10	9,1	9,1	9,1
2	52	47,3	47,3	56,4
Valid 3	29	26,4	26,4	82,7
4	16	14,5	14,5	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

sisäiset koulutukset, esim osastotunti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	3	2,7	2,7	2,7
2	42	38,2	38,2	40,9
Valid 3	36	32,7	32,7	73,6
4	26	23,6	23,6	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

ulkoiset koulutukset

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	5	4,5	4,5	4,5
2	78	70,9	70,9	75,5
Valid 3	14	12,7	12,7	88,2
4	13	11,8	11,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 9. Oman työyksikön työn organisoinnin arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen

Työhön on varattu riittävä henkilöstö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	25	22,7	22,7	24,5
3	50	45,5	45,5	70,0
4	31	28,2	28,2	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Henkilöstön vaihtuvuus ei vaaranna työn laatua

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	2,7	2,7	2,7
2	29	26,4	26,4	29,1
3	47	42,7	42,7	71,8
4	28	25,5	25,5	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksikön tilat ovat toimintaan sopivat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	5	4,5	4,5	4,5
2	27	24,5	24,5	29,1
3	28	25,5	25,5	54,5
4	36	32,7	32,7	87,3
5	14	12,7	12,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Käytettävissä on riittävät tutkimus- ja hoitolaitteet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	6	5,5	5,5	5,5
3	30	27,3	27,3	32,7
Valid 4	56	50,9	50,9	83,6
5	18	16,4	16,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Potilaspalautejärjestelmä on käytössä

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	11	10,0	10,0	11,8
Valid 3	20	18,2	18,2	30,0
4	44	40,0	40,0	70,0
5	33	30,0	30,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Saatu potilaspalaute käsitellään työyhteisössä ja sen perusteella tehdään muutoksia/parannuksia toimintaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	10	9,1	9,1	9,1
2	14	12,7	12,7	21,8
Valid 3	18	16,4	16,4	38,2
4	38	34,5	34,5	72,7
5	30	27,3	27,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksikössä on kirjattuna yhteiset arvot

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	3,6	3,6	3,6
2	6	5,5	5,5	9,1
Valid 3	21	19,1	19,1	28,2
4	39	35,5	35,5	63,6
5	40	36,4	36,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksikössä on kirjattuna strategia, joka ohjaa toimintaa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	2,7	2,7	2,7
2	13	11,8	11,8	14,5
3	16	14,5	14,5	29,1
4	43	39,1	39,1	68,2
5	35	31,8	31,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Uusia työntekijöitä/sijaisia/opiskelijoita perehdytetään keuhkohtaumataudin hoitoon

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,8	1,8	1,8
2	16	14,5	14,5	16,4
3	25	22,7	22,7	39,1
4	41	37,3	37,3	76,4
5	26	23,6	23,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksikössä on keuhkohtaumatautiin nimetty vastuuhenkilö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	7	6,4	6,4	6,4
2	13	11,8	11,8	18,2
3	11	10,0	10,0	28,2
4	27	24,5	24,5	52,7
5	52	47,3	47,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 10. Oman työyksikön toiminnan arviointia keuhkohtaumatautipotilaan hoitoon liittyen

Olen päässyt osallistumaan keuhkohtaumataudin hoitoon liittyvään koulutukseen

viimeisen vuoden aikana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	28	25,5	25,5	25,5
2	18	16,4	16,4	41,8
3	13	11,8	11,8	53,6
4	20	18,2	18,2	71,8
5	31	28,2	28,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Olen päässyt osallistumaan keuhkohtaumataudin hoitoon liittyvään koulutukseen

viimeisen kolmen vuoden aikana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	10	9,1	9,1	9,1
2	11	10,0	10,0	19,1
3	11	10,0	10,0	29,1
4	33	30,0	30,0	59,1
5	45	40,9	40,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Koen hallitsevani keuhkohtaumatautipotilaan hoidon

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Per- cent
1	3	2,7	2,7	2,7
2	2	1,8	1,8	4,5
3	21	19,1	19,1	23,6
4	62	56,4	56,4	80,0
5	22	20,0	20,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Koen saavani tukea ja arvostusta työssäni keuhkohtaumatautipotilaan kanssa

esimieheltäni

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	7	6,4	6,4	6,4
2	10	9,1	9,1	15,5
3	26	23,6	23,6	39,1
4	47	42,7	42,7	81,8
5	20	18,2	18,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Koen saavani tukea ja arvostusta työssäni keuhkohtaumatautipotilaan kanssa

työkavereiltani

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,9	,9	,9
2	4	3,6	3,6	4,5
3	21	19,1	19,1	23,6
4	57	51,8	51,8	75,5
5	27	24,5	24,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Osallistun keuhkohtaumataudin hoitotyön kehittämiseen työyksikössäni

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	9	8,2	8,2	8,2
2	16	14,5	14,5	22,7
3	34	30,9	30,9	53,6
4	30	27,3	27,3	80,9
5	21	19,1	19,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

LIITE 11. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa

Työyksiköstäni osallistutaan alueemme potilas- ja kansalaisjärjestöjen yleis- ja ryhmätilaisuuksiin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	27	24,5	24,5	24,5
2	41	37,3	37,3	61,8
3	26	23,6	23,6	85,5
Valid 4	13	11,8	11,8	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksiköstäni osallistutaan paikallisten hoitosuositusten suunnitteluun ja tekoon

yhdessä potilas- ja kansalaisjärjestö

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	35	31,8	31,8	31,8
2	40	36,4	36,4	68,2
3	21	19,1	19,1	87,3
Valid 4	11	10,0	10,0	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksiköstäni osallistutaan paikallisten terveyspalvelujen toiminnan suunnitteluun

yhteistyössä potilas- ja kansalaisjä

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	36	32,7	32,7	32,7
2	41	37,3	37,3	70,0
3	20	18,2	18,2	88,2
Valid 4	11	10,0	10,0	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Työyksikköni hoitohenkilöstöllä on käytössä ajantasaiset tiedot paikkakunnan terveydenedistämiseen ja sairauksien hoitoon

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	22	20,0	20,0	20,0
2	30	27,3	27,3	47,3
3	37	33,6	33,6	80,9
4	18	16,4	16,4	97,3
5	3	2,7	2,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Sairaalan/terveyskeskuksen internetsivuilla on linkkejä potilasjärjestöjen sivuille

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	16	14,5	14,5	14,5
2	26	23,6	23,6	38,2
3	28	25,5	25,5	63,6
4	23	20,9	20,9	84,5
5	17	15,5	15,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Hengitysyhdistyksen edustajat vierailevat työyksikössäni tapaamassa potilaita ja henkilöstöä

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	59	53,6	53,6	53,6
2	24	21,8	21,8	75,5
3	14	12,7	12,7	88,2
4	12	10,9	10,9	99,1
5	1	,9	,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	